Die Münch. Med. Wochenschr. erscheint wöchentl. in Nummern von durchschnittlich 4–5 Bogen. Preis in Deutschl. u. Oest.-Ungarn vierteljährl. 6 ℳ, ins Ausland 7.50 ℳ. Einzelne No. 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Heustrasse 20. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 8. 20. Februar 1900. Redaction: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1. Verlag: J. F. Lehmann, Heustrasse 20. 47. Jahrgang

Originalien.

Aus der medicinischen Klinik in Jena (Prof. Dr. Stintzing).

Ueber die Wirksamkeit der Spinalpunction und das Verhalten der Spinalflüssigkeit bei chronischem Hydrocephalus.

Von Dr. Jul. A. Grober, II. Assistenten der Klinik.

Ueber den Werth der Spinalpunction haben seit der Inaugurirung der Methode (Quincke 1891) bei verschiedenen Gelegenheiten Debatten stattgefunden (Congress für innere Medicin 1893 und Berliner medic. Gesellschaft 1895) und zwar weniger in Bezug auf die diagnostische als auf die therapeutische Bedeutung. Für die tuberculöse Meningitis, für durch Hirntumoren gesteigerte Drucksymptome und für den acuten Hydrocephalus wird fast von allen Seiten eine Wirkung und zeitliche Besserung notirt; dagegen geben die meisten Kliniker an, dass ihnen bei chronischer Vermehrung der Spinalflüssigkeit ein dauernder Erfolg nicht geglückt sei und überhaupt wohl nicht zu erwarten stünde. Wohl berichtet man von Fällen[1]), wo eine augenblickliche Erleichterung der schweren Hirndrucksymptome eingetreten ist. Heubner[2]) meint, dass es sich wohl immer um einen Glücksfall handele, wenn zufällig die Entleerung der Flüssigkeit mit dem Versiegen jenes unbekannten Reizes oder Agens zusammentrifft, das in den meisten Fällen die baldige Rückkehr des hydrocephalischen Ergusses bewirkt.

Nun hat es sich bei den bis jetzt bekannten Fällen von Hydrocephalus chronic. meist nur um einige Punctionen gehandelt, die an ein und demselben Patienten ausgeführt worden sind, theils weil die Personen bald starben, theils aus äusseren Verhältnissen. Rieken[3]) theilt einen Fall mit, in dem er viermal punctirt hat, Heubner[4]) einen, wo er dreimal Flüssigkeit abgelassen hat. Beide geben an, dass kein dauernder Erfolg erreicht worden sei.

Von dem Gedanken ausgehend, dass der Hirnschädel eines hydrocephalischen Kindes weich genug sei, sich dauernd veränderten Inhaltsverhältnissen anzupassen, hat Verfasser bei zwei Kindern, die an der genannten Krankheit litten, eine Reihe von regelmässig aufeinander folgenden Punctionen ausgeführt (25 und 12 mal) und in dem einen Fall eine Heilung, in dem anderen eine, wenn auch geringe, anhaltende Besserung erreicht. Die Krankengeschichten der beiden Patienten seien hier kurz mitgetheilt:

1. Hans H., 3 Jahre alt, von unehelicher Herkunft, von Heredität nichts zu eruiren. Wurde am 5. V. 99 in die Klinik aufgenommen. — Rachitischer Körperbau, starke Verkrümmung des Femur beiderseits, Rosenkranz deutlich zu fühlen, Epiphysenenden verdickt, Drüsen am Rande des M. sterno-cleido-mastoid. in Strängen zu fühlen.

Der Umfang des Kopfes über das Os frontale und das Tuber occipitale gemessen, betrug 49,5 cm, die Entfernung der Nasenwurzel vom Tuber occipitale über den Scheitel gemessen 29,5 cm[5]), die Fontanelle hatte die Grösse eines Rechtecks von 19:16 mm Seiten. Musculatur atrophisch, willkürliche Bewegungen der Extremitäten fehlen; wenigstens kann Pat. nicht greifen, nicht stehen und gehen, auch den Kopf nicht bewegen. Geistige Fähigkeit ganz unentwickelt, Patient spricht kein Wort. Kein Nystagmus, keine Stauungspapille.

Bei besonders guter Hautpflege, reichlicher Ernährung, mässigen Gaben von Phosphorleberthran und unter wöchentlich wiederholten Spinalpunctionen allmähliche Besserung. Die Musculatur wurde zuerst kräftiger, fast gleichzeitig fing Patient an, einige Worte nachzusprechen; am 1. VIII. war die Fontanelle 18:13 mm gross; im September begann das Kind zu laufen. Am 6. XII. war die Fontanelle eben zu fühlen, etwa linsengross. Pat. läuft frei umher, spricht wie ein Kind von 3 ½ Jahren. Die Drüsen am Hals sind verschwunden.

2. Oskar M., 2 Jahre alt, Eltern beide gesund, weder Lues noch Tuberculose nachweisbar, 1 Bruder leidet an englischer Krankheit, 1 Bruder an Krämpfen gestorben. Bei der Geburt normaler Kopfumfang; nach ½ Jahr wurde der Kopf grösser. Es wurden vor der Aufnahme 2 Punctionen des Kopfes vorgenommen, die keinen dauernden Erfolg hatten. Aufnahme am 30. IX. 1899. Stark rachitischer Körperbau, Verkrümmungen und Epiphysenauftreibungen an den Extremitäten, Rosenkranz an den Rippenknorpelenden, Abdomen stark aufgetrieben, am Hals und am Rande des Deltoideus vergrösserte Drüsen. Beiderseits Kryptorchismus. Schädel enorm vergrössert, die Venen verlaufen sichtbar in rinnenförmigen Vertiefungen in den Knochen; die hintere Seite des Schädels ist völlig platt. Der Umfang des Kopfes (wie oben gemessen) betrug 60,5 cm; die Entfernung der Nasenwurzel vom Tuber ossis occipit. über den Scheitel gemessen 40,5 cm. Die grosse Fontanelle hat einen Längsdurchmesser von 12, einen Querdurchmesser von 18 cm, die kleine ist nicht zu fühlen.[6]) Das Kind ist geistig völlig unentwickelt geblieben, spricht und greift nicht, kann nicht sitzen, geschweige denn stehen und gehen.

Unter der oben erwähnten Behandlung verkleinerte sich die Fontanelle auf 11 und 13,5 cm. Die Kräfte des Kindes nahmen entsprechend einer Besserung der Muskelatrophie zu. Der im Anfang vorhandene Nystagmus rotatorius zeigte sich nur noch bei Gelegenheit psychischer Erregungen, z. B. bei der Vornahme der Spinalpunction. Das Kind hat nicht sprechen und sitzen gelernt, greift jedoch nach vorgehaltenem Spielzeug.

Die Technik der Spinalpunction habe ich so benutzt, wie seiner Zeit von Quincke[7]) angegeben worden ist. Es stand mir zu diesem Zweck ein Assmann'sches Besteck der hiesigen Klinik zur Verfügung. Nur wurde es später nothwendig, weil bei dem ersten Patienten durch die öftere Punction sich an der Stelle des 3. und 4. Zwischenwirbelraumes reichliches Narbengewebe gebildet hatte, eine etwas stärkere Nadel zu Hilfe nehmen.

Fürbringer[8]) empfahl, entgegen dem ursprünglichen Quincke'schen Verfahren, die Bestimmung des Druckes als unnöthig zu unterlassen und zwar, weil er gefunden hatte, dass auch bei normalen Menschen ein einigermaassen hoher Druck herrschen könne, auch ohne dass derselbe Reizsymptome verursachte. Nichtsdestoweniger haben viele Kliniker an der Bestimmung des Druckes festgehalten und zwar weniger desshalb, um aus der Höhe des Druckes diagnostische Schlüsse zu ziehen, als vielmehr um nicht den Normalwerth des Spinaldruckes nach unten zu überschreiten. Quincke[9]) hat denselben zu 150 mm

---

[1]) Fürbringer: Berl. klin. Wochenschr. 1895. S. 272 ff.
Heubner: Ebenda. Discussion.
Fränkel: Ebenda. Discussion.

[2]) Heubner: Gesellschaft der Charitéärzte 1894. 1. Nov.

[3]) Archiv f. klin. Medicin 1896. Bd. 56.

[4]) Heubner: l. c.

[5]) Nach Liharzik, Gesetz des Wachsthums (citirt nach Vierordt, Tabellen) entsprechen diese Werthe den Zahlen, die man bei 12 ½ jährigen Kindern findet.

[6]) Die angegebenen Zahlen überschreiten die Maasse des gesunden Erwachsenen um ein Bedeutendes. Vergl. Vierordt, Tabellen. S. 30—37.

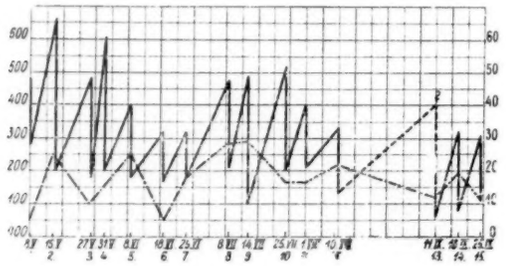
[7]) Ueber Hydrocephalus. Verhandl. des X. Congr. f. inn. Med. 1891.

[8]) Münch. med. Wochenschr. 1895, p. 296.

[9]) Congress f. innere Medicin 1895. Handbuch der Therapie inn. Krankheiten. 2. Aufl. Bd. V, S. 328.

Wasserhöhe angegeben, Stintzing[10]) geht nicht unter 120 mm Minimaldruck bei der Punction herunter. Bei den ausgeführten Punctionen war mehrfach Gelegenheit zu beobachten, welche unangenehme Folgen es hat, wenn der Druck unter 100 mm sinkt. Der ältere kleine Patient, der seinen Empfindungen Ausdruck zu geben gelernt hatte, klagte über starke Kopfschmerzen in der Stirngegend. Bei dem kleinen stellten sich einmal klonische Krämpfe in den Extremitäten ein, des Oefteren warf er den Kopf gewaltsam hin und her und schlug mit den Händen danach. Eine Aspiration der Spinalflüssigkeit wie sie im Anfang der Methode geübt worden ist[11]), möchte daher kaum zu empfehlen sein.

Der Druck wurde sofort nach dem Aufsetzen des Conus auf die Canüle und während der Dauer der Punction wiederholt mittels Centimetermaass gemessen. Die beigefügte Curve gibt über die Aenderungen im Druck Auskunft, ebenso über die entleerten Mengen von Flüssigkeit.



Sie bezieht sich auf die Punctionen bis gegen Ende September; von da ab entwickelte sich eine gewisse Stabilität der Verhältnisse, indem nämlich regelmässig ein Anfangsdruck von 300—200 mm notirt wurde und ca. 15 ccm entleert werden konnten. Die höchsten Druckwerthe, die sich bei dem Patienten — No. I, Hans H. — ergaben, waren 700 und 600 mm, ganz wie Rieken[12]) und Quincke[13]) angegeben haben. Die hohen Zahlen dieser Autoren haben sich allerdings nur bei entzündlichen Erscheinungen seitens der Meningen ergeben. Die Curve zeigt am 10. August eine vierwöchige Unterbrechung, die veranlasst wurde durch die Absicht, festzustellen, ob der Druck sich in der einmal erreichten Mittellage halten würde. Das war nicht der Fall, denn bei der folgenden Punction am 11. September zeigte sich unser Steigrohr von 70 cm Länge als zu kurz. Desshalb sind die Punctionen auch jetzt noch nicht ausgesetzt worden, trotzdem das Kind jetzt die körperliche und geistige Reife seines Alters erreicht und so eine Entwicklung nachgeholt hat, die andere Kinder vielleicht in $2^1/_2$ Jahren durchmachen.

Beobachtet man den Meniscus der Flüssigkeitssäule in dem gläsernen Ansatz des Steigrohres genauer, so bemerkt man ohne Mühe, dass bei Schreien des Kindes ein Steigen des Druckes stattfindet, ebenso, wenn man auf die Fontanelle drückt. Man beobachtet auch, dass bei starken Exspirationen sowohl die Fontanelle vorgebuchtet wird, und zu gleicher Zeit die Flüssigkeit emporsteigt, und zwar umWerthe, die sich 100 mm nähern. Genauere und längere Beobachtung ergibt, dass jede Athembewegung sich auf den Inhalt des Spinalcanales in der Weise überträgt, dass bei der Exstirpation ein Ansteigen, bei dem Inspirium ein Abfallen des Druckes stattfindet.

Im Anschluss an die Bewegungen des Gehirnes hat bereits Ecker[14]) in der Mitte des Jahrhunderts darüber berichtet und sie zu erklären versucht, indem er sagte, dass die starrwandigen Sinus der Schädelkapsel während der Inspiration nicht so tief einsänken, sie schwellen während der Exspiration aber nicht so stark an, wie die Venenplexus des Wirbelcanales. Auch Quincke[15]), Rieken[12]), Stintzing[10]) u. A. sprechen von Schwankungen des Druckes, sowohl gleichzeitig mit den Athembewegungen als auch — nebenhergehend — mit der Herzaction, ohne jedoch auf ihre Entstehung näher einzugehen. Zweifellos kommen dieselben durch die Stauung des Blutes im Venenkreislauf während der Ausathmung und den erleichterten Abfluss zum Herzen während des Einathmens zu Stande. Rieken berichtet auch über 3 Fälle, bei denen sich ein umgekehrtes Verhalten gezeigt habe, ohne indessen eine Erklärung für dies merkwürdige Phänomen geben zu können.

Was nun die entleerte Flüssigkeit selbst angeht, so floss bei den allermeisten Punctionen der beiden hydrocephalischen Kinder der bekannte wasserklare Liquor cerebrospinalis aus. Des Oefteren zeigten sich während des langsamen Ablaufens schwach röthlich gefärbte Stellen, die wohl auf eine Untermengung von Blut in Folge der Stichverletzung zu beziehen waren. In einzelnen seltenen Fällen entleerte sich, wie die Untersuchung ergab, fast reines Blut mit unveränderten rothen und weissen Blutkörperchen. Das Vorkommen von Blut in dem subarachnoidalen Raume und seine diagnostische Bedeutung hat sehr verschiedene Beurtheilung erfahren. Quincke[16]) gab einen Fall an, bei dem aus blutig tingirter Spinalflüssigkeit die Diagnose eines Blutergusses mit Durchbruch in den Ventrikel gestellt und durch die Section bestätigt wurde, er meint, dass ein solcher Punctionsbefund sehr wohl einen Anhaltspunkt zur operativen Entfernung des Blutergusses aus der Schädelhöhle geben könne. Ebenso legt Freyhan[17]) besonderen Werth darauf wegen einer Indication zu chirurgischem Eingreifen, z. B., wenn es sich darum handelt, festzustellen, ob eine schwere Gehirnerschütterung oder eine subdurale Blutung stattgefunden hat. Fürbringer[18]) spricht von Verletzungen der die Nervenwurzeln umspinnenden Gefässe und daher blutiger Spinalflüssigkeit, während Liehtheim[19]) sich dafür entscheidet, dass eine Verletzung des Wirbelkörpers stattgefunden haben müsse. Heubner[20]) endlich, und mit demselben stimmen auch die Beobachtungen an den Punctionen unserer Patienten überein, nimmt an, dass die Blutung aus den subduralen resp. pialen Venen stammen. Dieselben umspinnen, wie man sich am anatomischen Präparat leicht überzeugen kann, auskleidend fast die gesammte Wand des Wirbelcanales und ohne Zweifel müssen bei der Punction desselben manchmal diese Venenplexus verletzt werden. Allerdings möchte eine rein blutige Flüssigkeit, falls die Nadel den subarachnoidalen Raum sicher erreicht hat, eine ernstere Bedeutung haben, während Verletzung einer Vene mit nachfolgender Durchstossung derselben sich in der nur kurz dauernden Rothfärbung des entleerten Fluidums erkennen lassen wird.

Mehr noch als Blut als Bestandtheil der Spinalflüssigkeit hat das Eiweiss und die Menge desselben Anlass zu Erörterungen gegeben, insbesondere, ob aus der Quantität des Eiweisses ein Schluss auf die entzündliche resp. auf die rein transsudative Natur der Meningealerkrankung zu ziehen sei. Fürbringer[21]) sowohl wie Freyhan sprechen sich dahin aus, dass ein hoher Eiweissgehalt auf eine Steigerung der Exsudation, resp. auf Entzündung hinweise, der Letztere gibt an, dass er bei tuberculöser Meningitis stets über 1 Prom. gefunden habe; Quincke gibt an als Normalwerth bei Gesunden 0,5—1 Prom. Rieken[22]) gibt aus seinen 34 verschiedenen Fällen eine Zusammenstellung, wonach bei Hirntumoren und bei tuberculösen Fällen von Meningitis über 2 Prom., bei acutem Hydrocephalus 1,84 Prom., während der chronische Hydrocephalus und die sog. seröse Meningitis 0,95 Prom. an Eiweissgehalt ergaben. Zweifellos besteht also wohl eine Beziehung zwischen demselben und der Art der Erkrankung: Senator[23]) meint zwar, dass sich das Eiweiss einer Flüssigkeit sowohl bei Stauung, wie bei Entzündung mehre; indessen wäre dann hier der Einwand zu machen, dass die aetiologische Begründung des chronischen Hydrocephalus bei unserer mangelhaften Kenntniss davon nicht ohne Weiteres allein in der Stauung zu suchen ist.

Um den Eiweissgehalt der von den beiden Kranken zur Verfügung stehenden Flüssigkeit genauer zu bestimmen als mit dem

---

[10]) Gumprecht, Technik d. spec. Therapie, gibt als Minimum 40 mm an.

[11]) Freyhan: Berl. klin. Wochenschr. 1895. S. 289. Fürbringer: Deutsche med. Wochenschr. 1895. S. 739, bes. die Anmerkung.

[12]) Archiv f. klin. Medicin 1896. S. 22. Tabelle III.

[13]) Congr. f. inn. Med. 1893. S. 202.

[14]) R. Ecker: Physiolog. Untersuchungen über die Bewegungen des Gehirns und Rückenmarks. Stuttgart 1843.

[15]) L. c.

[16]) Quincke: Verhandl. des Congr. f. inn. Medic. 1891.

[17]) Freyhan: Münch. med. Wochenschr. 1895, S. 296.

[18]) Berl. klin. Wochenschr. 1895, S. 274.

[19]) eodem loco S. 272.

[20]) Gesellschaft der Charitéärzte. 1. November 1894.

[21]) Berl. klin. Wochenschr. 1895, S. 272 ff.

[22]) Rinken: Arch. f. klin. Med. 1896, S. 22.

[23]) Berl. klin. Wochenschr. 1895, S. 288.

Esbach'schen Albuminimeter möglich, wurde derselbe theils durch Fällung und Wägung, theils durch Bestimmung der Trockensubstanz, der organischen und anorganischen Bestandtheile festgestellt: es ergab für Fall I aus 17 Untersuchungen als Mittel: 0,94 Proc. Trockensubstanz, 0,84 Proc. Asche, 0,12 Proc. Eiweiss; für Fall II aus 11 Untersuchungen als Mittel: 1,09 Proc. Trockensubstanz, 0,78 Proc. Asche, 0,31 Proc. Eiweiss, wobei zu berücksichtigen ist, dass bei der fast gänzlichen Abwesenheit anderer organischer Bestandtheile die Differenz zwischen Trockenrückstand und Asche ohne Weiteres als Eiweiss berechnet werden konnte, vor Allem, da die directe Wägung das gleiche Resultat gab.

Zu den Werthen des Falles I passen die Zahlen Neumeister's[24]), wie er sie an der durch Punction eines Hirnventrikels entleerten Flüssigkeit bestimmte: er fand 0,97 Proc. Trockenrückstand, 0,78 Proc. Asche und 0,18 Proc. organische Verbindungen.

Der Fall II mit einem Eiweissgehalt von 3 Prom. würde sich schon mehr einer exsudativen Form nähern. Das specifische Gewicht (bestimmt mit der Wage von Westphal) hielt sich in Grenzen, wie man sie bei Exsudaten sonst nicht gewohnt ist, es betrug als Mittel von vielen Untersuchungen bei dem älteren so sehr gebesserten Kinde 1006,5, bei dem excessiven Hydrocephalus 1006,9. Das weist schon darauf hin, dass sich in der Spinalflüssigkeit keine Substanzen finden, die das specifische Gewicht, wie z. B. im Pleuraexsudat, so erhöhen, also vor Allem kein „Fibrin", was man auch immer darunter verstehen will; Spinalflüssigkeit gerinnt nie. Weitere Bestandtheile sind vor Allem Kochsalz, kohlensaures und phosphorsaures Natron, die phosphorsauren Erden. Das Eiweiss lässt sich leicht durch Fällung mit Ammonsulfat und Coagulirung bei 75° als Serumglobulin erkennen. Reducirende Substanz, Traubenzucker[25]) konnte ich bei den beiden Patienten nicht nachweisen. Dahingegen gelang es mir, wie schon Cavazzani 1896[26]) durch einen einfachen Verdauungsversuch, in der Spinalflüssigkeit des Falles I ein diastatisches Ferment nachzuweisen. Wenn man eben so viel Stärkekleister unter die Flüssigkeit mischte, dass Jod deutliche Blaufärbung eines Tropfens bewirkte, alsdann dieselbe im Wärmeschrank 24 Stunden stehen liess, so fand sich am nächsten Tage keine Stärkereaction mehr, dagegen fiel die Tromme r'sche Probe positiv aus und es liess sich durch Vergährung Zucker nachweisen.

Die klinische Bedeutung der beiden mitgetheilten Fälle liegt ohne Zweifel darin, dass es gelungen ist, einen chronischen Hydrocephalus — ob dauernd, ob nur auf Zeit, muss die weitere Beobachtung lehren — zu heilen. Dass die häufige Wiederholung der Spinalpunction dabei eine ausschlaggebende, wenn nicht die hauptsächlichste Rolle gespielt hat, scheint nach den Beobachtungen über andere hydrocephalische Kinder höchst wahrscheinlich.

Ueber das Vorkommen von Reitweh an der Patella.*)

Von J. A. Rosenberger in Würzburg.

Das Reitweh an der Patella, das nach meiner Anschauung unter bestimmten Bedingungen nicht selten vorkommt, scheint mir desshalb wichtig genug, einmal zur Sprache gebracht zu werden, weil dasselbe, wie ich mich überzeugt habe, verhältnissmässig wenig bekannt ist. Am diesjährigen Chirurgencongress habe ich erfahren, dass von einer grösseren Anzahl von Fachchirurgen, die ich gesprächsweise darüber befragte, mehrere gar keine Kenntniss davon hatten, während andere das Bild wieder ganz genau kannten. Den ersten Fall, der mir vorkam, sahen nacheinander zwei namhafte Chirurgen, von denen der eine Anfangs an gonorrhoische Schmerzen dachte, während der andere Gicht nicht für ausgeschlossen hielt.

Die meiste Erfahrung darüber werden wohl diejenigen Militärcollegen haben, die bei einer berittenen Abtheilung waren.

Im Ganzen habe ich 3 Fälle beobachtet, deren Krankengeschichten ich kurz mittheile.

1. Herr Artillerieleutnant D. verspürte am Morgen des 27. März 1890, nachdem er schon 2 Jahre Officier war, einen „schauderhaften Schmerz" im rechten Kniegelenk, der ihm das Beugen und das Strecken unmöglich machte. Der Schmerz befand sich, wie ich dann constatirte, nur an der Kniescheibe und war besonders stark am inneren Rande derselben, wo der geringste Druck aber so empfindlich war, dass der Patient nicht einmal eine leichte Decke darüber ertragen konnte.

Eine Ursache konnte nicht angegeben werden.

Die Untersuchung ergab gar keine Veränderung. Das Knie war weder geschwollen, noch zeigte es eine Röthung oder Blutunterlaufung. Im Gelenke selbst war keine Flüssigkeitsansammlung, auch hatte es denselben Umfang wie das der linken Seite.

Ich dachte in erster Linie an einen Druck von der Reithose und sprach diese Vermuthung auch sofort aus. Dieselbe wurde vom Patienten weder beifällig aufgenommen, noch wurde ihr widersprochen.

Bei ruhiger Lage liessen die heftigen Schmerzen schon nach einigen Tagen nach, dafür blieben aber noch längere Zeit Schmerzen zurück, die besonders beim Beugen des Kniegelenkes und bei Druck auf den inneren Rand der Kniescheibe sich deutlich machten, so dass D. längere Zeit keinen Dienst machen konnte. Vom 27. März bis 2. Juli war er in meiner Behandlung. Ich empfahl weiter den Gebrauch des Bades Aibling.

Nach mehrwöchentlicher Cur kam D. bedeutend gebessert zurück, um dann noch einmal auf 6 Wochen zur Cur nach Wildbad zu gehen. Von dort kehrte er geheilt zurück und nahm bald darauf seinen Dienst wieder auf.

Im Jahre 1891 musste D. bei starkem Regenwetter 3 Stunden lang exerciren und dann am Schlusse noch einen Galoppritt an das Ziel machen, worauf die Schmerzen wieder auftraten. D. schildert den Vorgang mit eigenen Worten folgendermaassen: „Ganz plötzlich traten die Schmerzen im höchsten Maasse wieder auf; die enge ganz durchnässte Reithose hatte sich am Oberschenkel und am Gesäss festgezogen, so dass sie am Knie nicht mehr nachgeben konnte. Dadurch wurde ein heftiger Druck auf die Kniescheibe ausgeübt."

Bei Ruhe schwanden die Schmerzen allmählich wieder, immerhin blieb aber D. vom 25. September bis 19. October in meiner Behandlung. Er kam dann in die Artillerieschule, wo sich der Schmerz allmählich vollständig verlor.

Auf die gemachte Erfahrung hin liess D. die Reithose ändern und hat seither keine derartigen Schmerzen mehr empfunden, obgleich er öfter im Regenwetter mit nasser Reithose zu reiten gezwungen war.

Wie mir D. erst vor Kurzem mittheilte, hätten die jetzigen Reithosen, nach der sogenannten englischen Mode angefertigt, am Knie verhältnissmässig viel mehr Spielraum als die früheren.

2. Herr Artillerieleutnant K. wachte am Morgen des 5. Mai 1890 mit heftigen Schmerzen an der rechten Kniescheibe auf, so dass er nicht im Stande war, aufzustehen. Da dieselben an der rechten Kniescheibe vorhanden waren, so vermuthete K., dass er sich beim Reiten gegen einen T-Hacken gestossen habe. K. war schon ein Jahr Leutnant und hatte vorher niemals ähnliche Schmerzen verspürt.

Der örtliche Befund war vollständig negativ, nur klagte Patient beim leisesten Druck auf die Kniescheibe, besonders am inneren Rande derselben über äusserst heftige Schmerzen.

Auf Grund meiner bei Herrn Leutnant D. gemachten Erfahrungen stellte ich sofort die Diagnose auf Reitweh an der Kniescheibe, hervorgerufen durch Druck einer engen Reithose.

Die heftigen Schmerzen verschwanden nach einigen Tagen, dagegen verblieb K. vom 5. bis 29. Mai in meiner Behandlung und war fast 2 Monate zum Dienste unfähig.

Die Reithose liess K. vor Wiederaufnahme des Dienstes weiter machen und hat seitdem ähnliche Schmerzen trotz des angestrengtesten Reitens nicht mehr bekommen, nur will er durch den Druck einer nassen Reithose, selbst durch den Druck einer straff angezogenen Streifenhose sofort eine Andeutung von Schmerz an der rechten Kniescheibe auch jetzt noch verspüren.

3. Der Einjährig-Freiwillige, Architect E., der früher schon viel geritten hatte und am 1. October 1897 beim 2. Artillerie-Regimente eingetreten war, empfand im Februar 1898, als mit der Packtasche ohne Bügel im Freien geritten wurde, einen heftigen „brennenden" Schmerz an beiden Kniescheiben, besonders an der linken Seite. Der Schmerz wurde am heftigsten am inneren Rande empfunden. Einige Wochen versuchte er noch Dienst zu thun, als die Schmerzen aber heftiger wurden und einen „stechenden" Charakter annahmen, so dass das Reiten unmöglich wurde, meldete er sich zum Arzte. Ende März kam er in meine Behandlung. Der Befund an beiden Kniegelenken war vollständig negativ. Die Reithose, welche ich mir sofort zeigen liess, war enge und übte nach den Angaben E.'s einen starken Druck auf die Kniescheibe aus. Ich verordnete ruhige Lage und Priessnitz'sche Umschläge.

Ende April wurde mit einer weiteren Reithose der Dienst wieder aufgenommen. Anfangs soll nach längerem Reiten immer noch ein gewisses Schmerzgefühl vorhanden gewesen sein, das aber allmählich immer weniger wurde, so dass es während des Manövers vollständig verschwunden war.

Bei einer 8wöchentlichen Uebung, die E. in diesem Jahre mitmachen musste, hat er an den Knieen gar nichts mehr verspürt.

E. ist der Ueberzeugung, dass die Schmerzen nur von der engen Reithose kamen.

[24]) R. Neumeister: Physiol. Chemie, S. 478.
[25]) Vergl. hierüber Neumeister, l. c., S. 479. Fürbringer: Berl. klin. Wochenschr. 1895, S. 273.
[26]) Cavazzani: Centralbl. f. Physiologie Bd. X, S. 145.
*) Nach einem Vortrage in der militärärztlichen Section der Naturforscherversammlung zu München.

Die gebrachten Krankengeschichten zeigen, dass in Folge des Reitens an den Kniescheiben so intensive Schmerzen auftreten können, dass das Reiten und Gehen unmöglich wird. Wenn ich diese Schmerzen mit dem Namen „Reitweh an der Patella" bezeichnet habe, so lässt sich über die Richtigkeit dieser Bezeichnung streiten. Düms[1]) nennt den Zustand Kniescheibenschmerz der Reiter.

Dass beim Erlernen des Reitens Reitweh vorkommt, dass überhaupt beim Beginne aller körperlichen Uebungen, die mit einer gewissen Ausdauer und Anstrengung betrieben werden, ein schmerzhaftes Gefühl an denjenigen Stellen der Extremitäten, sowie des ganzen Körpers, die durch die Uebungen in aussergewöhnlicher Weise in Anspruch genommen werden, auftritt, ist allgemein bekannt. Diese Schmerzen schwinden bei fortgesetzten Uebungen aber vollständig, um auch trotz der grössten Anstrengungen bei der betreffenden Uebung, vorausgesetzt, dass letztere nicht längere Zeit unterbrochen wird, nicht wieder aufzutreten. Beim Reitweh an der Patella, wenn ich diesen Namen vorerst einmal beibehalten will, ist das Verhalten ein ganz anderes. Dasselbe tritt nicht etwa beim Beginne des Reitens auf, sondern ganz unregelmässig und kann bei Leuten vorkommen, die das Reiten vollständig beherrschen und über die Schmerzen am Körper, die mit dem Erlernen desselben auftreten, weit hinaus sind.

Das Reitweh an der Kniescheibe, um das es sich in meinen 3 Krankengeschichten gehandelt hat, hat mit dem eigentlichen Reiten nichts zu thun, es ist vielmehr die Folge eines fortgesetzten Druckes auf den Knochen und muss desshalb als ein Druckschmerz aufgefasst werden, der auch durch andere Ursachen und an anderen Knochen hervorgerufen werden kann. In meinen Fällen war immer eine enge Reithose die Ursache. Es ist sehr wahrscheinlich, dass eine durchnässte Reithose öfter den Anlass gibt und vielleicht gerade in den Fällen, in denen der Schmerz ganz acut, sozusagen über Nacht auftritt. In den beiden ersten Fällen liess es sich nicht mehr feststellen, dagegen spricht aber die präcise Beschreibung des Herrn Leutnant D. bezüglich des Recidivs umso deutlicher dafür, ebenso die Angabe des Herrn Leutnant K., nach der durch den Druck einer nassen Reithose immer eine Andeutung von Schmerz an der früher befallenen Kniescheibe sich bemerkbar macht. Im 3. Falle hatte der Zustand allmählich sich ausgebildet, so dass mit Bestimmtheit dieser Grund nicht angegeben werden konnte, obgleich ich darnach mich erkundigt habe.

Dass in den 3 Fällen der innere Rand der Patella als besonders schmerzhaft bezeichnet wurde, ist sofort einleuchtend, wenn man bedenkt, dass gerade diese Stelle von der Reithose am stärksten gedrückt werden muss, wenn der Reiter vorschriftsmässig zu Pferde sitzt und mit den angedrückten Schenkeln den Schluss anstrebt.

Die Kniescheibe erträgt für längere Zeit keinen starken Druck, weil das Fettpolster zwischen Haut und Knochen sehr gering ist oder ganz fehlt. Beim Knieen kommt die Kniescheibe auch nicht auf den Boden, höchstens berührt denselben nur der untere Rand der Patella am Abgange des Ligamentum patellare. Versucht man beim Knieen auf fester Unterlage sich mit dem Körper nach vorne zu neigen, so dass die vordere Fläche der Kniescheibe auf die Unterlage kommt und gedrückt wird, so steigert sich die schmerzhafte Empfindung an derselben sofort zur Unerträglichkeit. Dieselbe Erscheinung beobachtet man an allen Knochen, die unmittelbar unter der Haut liegen und eine breite Angriffsfläche bieten. Ganz besonders empfindlich sind in dieser Beziehung die innere Fläche des Schienbeins, das mittlere Drittel des Schlüsselbeins und die Stirne. Schon ein geringer Druck wirkt am Knochen desshalb so energisch, weil dieser der einwirkenden Kraft gegenüber einen fortgesetzten Gegendruck unterhält. Derselbe Druck, der an den vorgenannten Knochen, sowie auch noch an vielen anderen geeigneten Stellen in ganz kurzer Zeit die heftigsten Schmerzen auslösen kann, würde in derselben Zeit an den Hinterbacken, am Oberschenkel, an der Wade, am Ober- und Vorderarm noch nicht einmal die geringste schmerzhafte Empfindung hervorzurufen im Stande sein. Aus meiner Assistentenzeit erinnere ich mich eines Studenten, der nichts weniger als empfindlich war und dem ich wegen einen geplatzten Aneurysmas in einer Narbe an der Stirne ein Schnallentourniquet angelegt hatte und der sich nach einer halben Stunde in Folge des durch den Druck der gepolsterten Pelotte hervorgerufenen Druckschmerzes wie rasend geberdete.

Es ist nicht unwahrscheinlich, dass gewisse Knochen auch druckempfindlicher sind, denn nach der Untersuchung von Carazzani[2]) und Anderen existiren nicht nur an gewissen Hautstellen verschiedene Leitungsfasern für Drucksinn und Temperatursinn, sondern es ist auch in grösseren Nerven das Verhältniss der Temperatursinnfasern den Drucksinnfasern gegenüber ein verschiedenes.

Die örtlichen Veränderungen, die das Reitweh in meinen Fällen begleiteten, waren mit Ausnahme des Schmerzes und der dadurch bedingten absoluten oder relativen Unbrauchbarkeit der Extremität gleich Null, denn nach den Krankengeschichten war keine Schwellung vorhanden, auch fehlten alle Erscheinungen von Entzündung oder Blutextravasaten. Die Möglichkeit, dass sich einmal Blutextravasate nachweisen lassen, muss man zugeben, wenn man bedenkt, dass der Reiter unter Umständen gezwungen sein kann, den Druck längere Zeit ertragen zu müssen.

Nach Düms ist die Schmerzhaftigkeit meist durch eine entzündliche Schwellung der Sehne des Musculus quadriceps femoris veranlasst. Manchmal soll auch ein deutliches Crepitiren zu fühlen sein. Ich kann den Schmerz nicht anders, als die Folge eines Druckes auf die Nerven der Knochenhaut und des Knochens auffassen. Nach K. v. Bardeleben gehören die Untersuchungen über die Periost- und Knochennerven zu den Finessen der Anatomie und sind auf diesem Gebiete noch weitere Untersuchungen erwünscht und nothwendig, aber so viel steht fest, dass die Knochenhaut und der Knochen von zwei histologisch und physiologisch verschiedenen Arten von Nerven versorgt werden. Die Nervenfasern, welche vom Gehirn und Rückenmark kommen, hält man für sensibel, die anderen Fasern stammen vom Sympathicus und sind vasomotorisch. Der fortgesetzte Druck auf diese Nervenbahnen ist als ein Reiz aufzufassen, durch den die Erregbarkeit der Nervenbahnen, speciell der sensiblen Ganglienzellen, in übermässiger Weise gesteigert wird. Hat der Druck einige Zeit eingewirkt, dann werden auch ganz unterwerthige Erregungen als äusserst schmerzhaft empfunden und es entsteht ein Zustand, den man als Hyperaesthesie bezeichnen kann.

Derartige Hyperaesthesien durch fortgesetzten Druck kommen auch an der Haut, deren Nerven vom Gehirn und Rückenmark stammen und nur sensibler Natur sind, vor. Dieselben werden als besonders empfindlich an den Füssen und zwar meist an den Zehen wahrgenommen, wenn es dort zu den lästigen Verdickungen an der Epidermis, zu den sogen. Hühneraugen gekommen ist. Thatsächlich werden diese Schmerzempfindungen schon durch Witterungseinflüsse gesteigert, selbst wenn der örtliche Druck durch die Fussbekleidung beseitigt ist, so dass bekanntlich die betreffenden Schmerzen allgemein als Wetterzeichen betrachtet werden. Die Nerven der Haut scheinen bei dem Reitweh der Patella auch öfter afficirt zu sein, denn in den beiden ersten Fällen, besonders aber im Falle D. war die Haut so empfindlich, dass man sie gar nicht berühren durfte.

Je nach der Intensität des Druckes und der Dauer der Einwirkung desselben auf die Kniescheibe ist beständiger Schmerz — subjective Empfindungsstörung — vorhanden, so dass das Knie gar nicht gebeugt und gar kein Druck über der Haut ertragen werden kann oder der Schmerz stellt sich nur bei Bewegungen — objective Empfindungsstörung — ein, während die Haut einen Druck erträgt, so dass auch das Gehen noch möglich ist, wie der Fall E. zeigt, in welchem noch einige Wochen der Dienst eines Artillerieeinjährigen trotz der Schmerzen verrichtet wurde. Individuelle Veranlagung dürfte, wie bei allen Schmerzempfindungen, so auch hier in Betracht kommen.

Die Prognose des Reitwehs an der Patella ist eine absolut günstige. Wenn die Ursache, d. h. der Druck beseitigt wird, so schwindet auch der Schmerz, wenn mitunter auch erst nach mehreren Monaten. Der heftige Schmerz verschwindet schon in den ersten Tagen. Dass eine gewisse Disposition zu ähnlichen Schmerzen zurückbleibt, dürfte der Fall K. beweisen, in welchem

[1]) Düms: Handbuch der Militärkrankheiten. Aeussere (chirurgische) Krankheiten. Leipzig. Verlag von Eduard Besold (Arthur Georgi). 1896. pag. 75.

[2]) Sur la différenciation des organes de la sensibilité thermique de ceux du sens de la pression; par Carazzani. Arch. ital. de Biol. XVII. 3. p. 413. 1892.

schon eine straff angezogene Tuchhose eine Andeutung des früheren Schmerzes jetzt noch hervorruft. Die Disposition ist möglicher Weise auch nur psychisch begründet.

Therapeutisch sind in erster Linie Beseitigung des Druckes und absolute Ruhe, die sich in schweren Fällen übrigens von selbst gebietet, angezeigt. Bei dieser Behandlung wird wohl immer Heilung eintreten, wenn es aber die übrigen Verhältnisse erfordern, dass noch ein grösserer Heilapparat aufgeboten wird, so wären dann die bekannten Mittel, wie Wasserumschläge, Einreibungen und der Gebrauch eines Bades empfehlenswerth. Massage kann in der ersten Zeit sicher nicht in Betracht kommen, da dadurch die Schmerzen wesentlich verstärkt würden.

5 Fälle von Hygrombildung über dem Condylus femoris internus, welche von Le Fort und Albert[1]) beschrieben wurden, sowie auch ein Fall von Velpeau, welcher nach diesen Autoren früher schon beschrieben wurde, haben mit dem Reitweh an der Patella nichts gemein, wenn dieselben auch als die Folgen eines andauernden Reizes beim Reiten aufgefasst werden und wenn es auch gar nicht unwahrscheinlich ist, dass auch bei dieser Erkrankung dieselben Ursachen in Betracht kommen, wie beim Reitweh an der Kniescheibe, nachdem es sich in diesen Fällen um die Bildung eines accidentellen Schleimbeutels an der Stelle des stärksten Druckes handelt.

Zum Schlusse möchte ich noch auf den Umstand aufmerksam machen, dass beim Reitweh an der Patella wegen des absolut negativen Befundes der Arzt auf den Gedanken kommen kann, dass Simulation oder wenigstens Uebertreibung vorliegt.

Erkundigungen nach vorausgegangenen Schädigungen hinsichtlich eines stattgehabten Druckes und der Verlauf dürften in solchen Fällen leicht Klarheit bringen.

Aus der psychiatrischen Klinik zu Tübingen
(Prof. Siemerling).

Ein Fall von Friedreich'scher Krankheit.

Von Dr. C. Wickel, Assistenzarzt der Klinik.

Nachdem Friedreich im Jahre 1863 und 1876 in seinen Arbeiten: „Ueber degenerative Atrophie der spinalen Hinterstränge“[2]) und „Ueber Ataxie mit besonderer Berücksichtigung hereditärer Formen“[3]) ein neues Krankheitsbild beschrieben und durch eine Reihe von Fällen belegt hatte, folgte später eine nicht unerhebliche Anzahl von Mittheilungen gleicher und ähnlicher Fälle.

Im Jahre 1889 konnte Griffith[4]) in einer Monographie über das inzwischen auf Vorschlag des Franzosen Brousse nach Friedreich benannte Leiden „die Friedreich'sche Krankheit“ 145 Fälle dieser Art zusammenstellen.

Nach Fr. Schultze[4]) gehören allerdings einige der von Griffith in seine Statistik aufgenommenen 145 Fälle nicht zu der Friedreich'schen Krankheit. Im Jahre 1898 gab Fr. Schultze[5]) die Zahl der beobachteten Fälle auf ungefähr 180 an.

Immerhin dürften jedoch auch jetzt noch reine Fälle allgemeineres Interesse beanspruchen.

Ich erlaube mir daher im Folgenden über einen Kranken zu berichten, welchen ich im Laufe dieses Jahres in der Klinik zu beobachten und zu untersuchen Gelegenheit hatte.

Es handelt sich um einen jetzt 12 Jahre 4 Monate alten Bäckerssohn, Wilhelm Sp. aus Wachendorf.

Nach den Angaben der Mutter sind weder in der Familie des Vaters noch in ihrer eigenen Geistes- oder Nervenkrankheiten, Trunksucht, Fallsucht, Selbstmord etc. vorgekommen. Einmal wurde Lues des Vaters angegeben, später bestimmt in Abrede gestellt. Jedenfalls hatte er Jahre hindurch an Husten gelitten und war 1893 an Phthisis pulmonum gestorben. Die Mutter selbst will gesund sein. Patient ist das 4. von 5 Geschwistern. Die beiden ältesten sind gesund. Das 3. starb an Gichtern, das 5. starb ¼ Jahr alt an Schwäche. Frühgeburten, Aborte hatten nicht statt.

Die Geburt des Patienten war eine normale. Von Anfang an war er ein schwächliches Kind, war nie ganz gesund, ohne dass man recht wusste, was ihm eigentlich fehlte.

Im 2. Lebensjahre lernte er gehen; trotz aller Mühe konnte er jedoch nie so gehen, wie andere Kinder, der Gang war immer etwas schwankend.

Die Sprache entwickelte sich rechtzeitig und gut. Im 3. Lebensjahre überstand er eine Lungenentzündung, sonst hatte er keine besonderen Krankheiten durchzumachen.

Es bestand stets eine Neigung zu Durchfall. Gichter, Krämpfe, Lähmungserscheinungen wurden nicht beobachtet.

1894 kam er in die Schule.

Er zeigte sich daselbst nach einer Mittheilung seines Lehrers durchaus geistig normal, gehörte nach Talent und Fleiss zu den besseren Schülern. Seit Winter 1898/99 machte ihm jedoch die gespannte Aufmerksamkeit immer mehr Mühe.

Zu einer körperlichen Arbeit war er nicht zu gebrauchen wegen des anhaltenden Schwankens, welches nicht nur beim Gehen, sondern auch beim Stehen zu Tage trat.

In seinem Wesen war er heiter und munter und unterhielt sich mit Lesen und Spielen mit anderen Kindern.

Seit 3 Jahren ist der Gang schwankender geworden, auch soll seitdem Schwanken in sitzender Stellung aufgetreten sein.

Mitte des Jahres 1898 wurde einmal nächtlicherweile Urin in's Bett gelassen.

Klagen über Kopfschmerz bestanden nur vorübergehend.

Patient selbst konnte nur berichten, dass er, so lange er denken könne, einen schwankenden Gang habe und dass auch das Schreiben ihm nicht so wie anderen Schülern gelingen wollte „es war nicht schön“.

Seit wann die eigenthümlichen Bewegungen an den Augen bei Fixiren, an Armen und Beinen bei ihm bestanden, vermochte er ebenso wenig anzugeben wie die Mutter.

Subjectiv fühlte er sich stets ganz wohl. An Kopfschmerz oder Schwindel litt er nicht.

Sp. ist ein 131 cm grosser, 27,2 kg schwerer Junge, von gracilem Knochenbau, mässig entwickelter Musculatur und geringem Panniculus adiposus.

Gesicht und sichtbare Schleimhäute sind normal gefärbt.

Die Temperatur ist normal.

Keine Oedeme, keine Exantheme.

Die Inguinaldrüsen und die Axillardrüsen sind beiderseits mässig vergrössert.

Keine Nuchal-, keine Cubitaldrüsen fühlbar.

Für gewöhnlich steht Patient breitbeinig da, den Rumpf etwas nach vorne und links geneigt, den Kopf in mässigem Grade gesenkt. Sofort fällt eine beständige, bald mehr, bald weniger starke Unruhe des ganzen Körpers auf, welche auch durch die Aufforderung, still zu stehen, in keiner Weise beeinflusst wird. Es besteht ein fortwährendes, in seiner Intensität wechselndes Schwanken und Balanciren des Körpers, bald neigt er mehr nach der Seite, bald mehr nach vorne oder nach rückwärts.

Bringt Patient nun die Füsse aneinander, so wird das Schwanken noch stärker, schliesst er dann die Augen, so fällt er, wenn man ihn nicht hält.

Der Kopf macht fast andauernd leichte wackelnde Bewegungen, er wird bald etwas nach rechts, bald nach links, bald nach vorne geneigt.

Neben diesen schwankenden Bewegungen mehr des ganzen Körpers beobachtet man an einzelnen Körpertheilen noch andere an Athetose und Chorea erinnernde Bewegungen.

So sieht man ab und an bald in dem einen, bald in dem anderen Mundwinkel, bald in beiden zusammen Zuckungen auftreten, zeitweise auch in der Stirn- und Kinnmusculatur.

Manchmal scheint es, als würde ein Augenlid beim Lidschlag stärker geschlossen.

An der gerade hervorgestreckten Zunge sieht man ebenfalls Vor- und Rückwärtsbewegungen, sowie Bewegungen nach oben und unten, nach rechts und links.

Zeitweise wird eine Schulter etwas gehoben, ein Arm vom Körper etwas entfernt, dann wieder angelegt; die Unterarme machen manchmal Flexions-, Extensions-, Pro- und Supinationsbewegungen leichten Grades. Am häufigsten sind leichte Flexions- und Extensions-, Ab- und Adductionsbewegungen an den Fingern zu beobachten, bald langsamer, bald schneller erfolgend.

Weniger häufig erfolgen Bewegungen der geschilderten Art an den Unterextremitäten. Man sieht hier zuweilen Rotationsbewegungen, ab und an Flexions- und Extensionsbewegungen am Fusse und an den Zehen.

Manchmal geht eine mehr ruckweise Zuckung durch eine ganze Extremität.

Ein Unterschied dieser an Athetose und Chorea erinnernden Bewegungen zwischen rechts und links besteht nicht.

Lässt man Patienten sich setzen, so nimmt er eine nach vorne gebeugte Haltung ein, Oberkörper und Kopf machen schwankende Bewegungen, wenn auch geringeren Grades, fort. Er rutscht jedoch nicht auf dem Stuhle hin und her.

Liegt Patient, so hören die schwankenden Bewegungen ganz auf.

Im Sitzen und Liegen dauern jedoch die athetose- und choreaähnlichen Bewegungen fort; nach Bewegung nehmen sie etwas

---

[1]) Hygroma des cavaliers; par R. Le Fort et E. Albert. Revue de Chir. XIII, 7, p. 568, 1893.

[2]) Virchow's Archiv 1863, Bd. 26, p. 391 ff. und Bd. 27, p. 1 ff.

[3]) Virchow's Archiv 1876, Bd. 68, p. 145 ff.

[4]) Transactions of College of Physicians of Philadelphia 1889.

[4]) Schultze Fr.: Ueber die Friedreich'sche Krankheit und ähnliche Krankheitsformen, nebst Bemerkungen über nystagmusartige Zuckungen bei Gesunden. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde 1894, 5. Bd., 1., 2. u. 3. Heft.

[5]) Schultze Fr.: Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 1. Bd., p. 352.

zu. Im Schlaf sind gar keine besonderen Bewegungen zu constatiren.

Die Athmung ist für gewöhnlich ruhig und gleichmässig; ganz vereinzelt erfolgt einmal ein plötzlicher, tieferer, hörbarerer Athemzug; vorübergehend hört man auch einmal ein schmatzendes Geräusch aus dem Munde.

Wird Patient nun aufgefordert zu gehen, so überrascht er durch die dabei sich geltend machende Unsicherheit: er schwankt nach allen Richtungen, stürzt zwischendurch nach vorne. Der Gang ist breitbeinig, die Füsse werden zuweilen abnorm hoch gehoben und stampfend aufgesetzt. Es wechseln längere Schritte mit übertriebener Vorwärtsbewegung eines Beines mit kürzeren.

Zwischendurch sieht man auch unzweckmässige Seitwärtsbewegungen der Beine.

Kehrtmachen geht nur in verschiedenen Absätzen.

Beim Gehen wird fortwährend der Boden fixirt.

Fordert man Patienten auf, mit geschlossenen Augen zu gehen, so steigert sich das Schwanken alsbald so, dass er zu stürzen droht, ebenso, wenn man beim Gehen das Zimmer verdunkelt.

Bei complicirteren Bewegungen, beim Aus -und Ankleiden, tritt ebenfalls eine ausserordentliche Unsicherheit der Bewegungen zu Tage. Diese Verrichtung geht nur sehr langsam und mit Mühe vor sich; Arme und Beine machen allerhand Umwege, um das beabsichtigte Ziel zu erreichen, häufig fährt er an demselben vorbei und unsicher in der Luft herum.

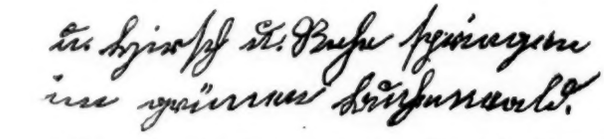
Bei dem Versuch Finger-Nase und Finger-Finger zeigt sich das Gleiche sehr deutlich.

In noch stärkerem Maasse ist dies der Fall bei dem Versuch Hacke-Kniescheibe.

Bei dem Versuche, mit einem Beine einen Kreis in der Luft zu beschreiben, kommt nur eine Zick-Zacklinie zu Stande, schon bei dem Erheben eines Beines tritt starkes Schwanken desselben und Abweichen von der Linie auf.

Das Führen eines Löffels, eines Glases zum Munde geht nur auf Umwegen.

Schreiben geht langsam, rechter Unterarm und Hand werden fest aufgelegt, vielfach wird abgesetzt, es ist mehr ein langsames Malen. Der Endeffect ist aber doch ein ziemlich guter, s. Schriftprobe.



Active und passive Bewegungen sind völlig frei. Die grobe Kraft ist gering.

Dynamometer rechts: 5, 5, 4; links: 4, 4, 4.

Es genügt schon ein geringer Gegendruck, um das Erheben eines Beines bei Rückenlage des Patienten zu verhindern.

Bei Rückenlage befinden sich die Füsse andauernd in Spitzfussstellung.

Eine dauernde Dorsalflexion der Zehen, speciell der grossen Zehe, hat nicht statt; auch ist die Wölbung der Füsse wie gewöhnlich.

Ueber Lage, Stellung seiner Glieder, über deren Entfernung von einander etc. gibt er ein vollkommen richtiges Urtheil ab.

Schwere und leichte Körper werden überall hinsichtlich ihres Gewichtes richtig abgeschätzt, auch bei geschlossenen Augen.

In die Hand gelegte Gegenstände, auch Münzen u. dergl. erkennt er bei geschlossenen Augen gut.

Die mechanische Muskelerregbarkeit ist nicht erhöht.

Das vasomotorische Nachröthen ist nicht besonders stark.

Berührungen mit dem Pinsel werden an allen Körperpartien prompt empfunden und richtig localisirt.

Kopf und Spitze einer Nadel wird gut unterschieden, ebenso warm und kalt.

Die Prüfung des Ortssinns (Ortswahrnehmung) mittels Tasterzirkels ergibt nichts von dem gewöhnlichen Verhalten Abweichendes.

Die Reaction auf tiefere Nadelstiche ist vielleicht etwas geringer, wie in der Norm.

Es bestehen keinerlei Paraesthesien.

Die elektrische Untersuchung ergibt für Musculatur und Nerven durchaus normalen Befund.

Der Biceps- und Tricepsreflex, das Kniephänomen, der Achillessehnenreflex fehlen vollkommen.

Der Abdominal-, Fusssohlen- und der Cremasterreflex sind mittelstark vorhanden.

Der Schädel ist in toto länglich. Er hat einen Horizontalumfang von 51,3 cm, einen grössten Längsdurchmesser von 18 cm und einen grössten Querdurchmesser von 15 cm.

Die Lippen sind etwas gewulstet.

Die Gesichtsinnervation ist symmetrisch.

Die Augenbewegungen sind frei.

Sobald Patient fixirt, treten nystagmusartige Bewegungen der Bulbi auf. Diese nehmen an Intensität zu, wenn man die fixirten Gegenstände vor dem Kopfe hin- und herbewegt.

Die Reaction der Pupillen bei Lichteinfall und bei Convergenz ist sehr gut.

Der Augenspiegelbefund, die Sehschärfe, Farbenerkennungsvermögen, Gesichtsfeld sind normal.

Das Gebiss ist sehr mangelhaft entwickelt: Kleine, zum Theil abgebrochene Zähne, ziemlich unregelmässig und auseinanderstehend.

Die Uvula steht gerade.

Das Gaumensegel steht gleich und hebt sich gut.

Die Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel ergibt normales Aussehen der Stimmbänder, dieselben schliessen prompt und gut bei Phonation.

Die Sprache ist langsam, lallend, schwer verständlich. Keine articulatorische Störung.

Das Schlucken erfolgt gut.

Geschmack, Geruch und Gehör zeigen keinerlei Störung.

Es besteht eine mässige Kyphose der Brust und eine geringe Lordose der Lendenwirbelsäule.

Die Processus spinosi sind bei Beklopfen nicht schmerzhaft.

Lungen und Herz bieten nichts Besonderes.

Der Puls ist von mittlerer Qualität, regelmässig, 72—84.

Die Organe der Bauchhöhle sind ohne nachweisbare Veränderung.

Stuhl- und Urinentleerung ist in Ordnung.

Der Urin ist frei von pathologischen Bestandtheilen.

In psychischer Hinsicht bestand anhaltend ein im Vergleich zu der schlimmen Lage des Patienten gleichmüthiges, eher heiteres Wesen; besondere Reizbarkeit war nicht vorhanden.

Rechnen ging gut; auch die allgemeinen Kenntnisse entsprechen dem Bildungsgrade.

Das Gedächtniss jedoch zeigte in manchen Fragen nicht unwesentliche Lücken, auch war sonst ein gewisser Grad mässigen Schwachsinns nicht zu verkennen.

In diesem somatischen und physischen Befunde trat bei unserem Patienten in der Zeit von April bis October 1899 eine wesentliche Aenderung nicht ein. Das Körpergewicht blieb das gleiche.

Jodkali, Elektricität hatten auf den Zustand keinerlei sichtbaren Einfluss.

Klagen über Kopfschmerz oder Schwindel bestanden nicht.

Nach den heutigen Anschauungen[*]) über die für die Friedreich'sche Krankheit charakteristischen Merkmale und Symptome sind diese in Kürze folgende:

Beginn der Erkrankung im Kindesalter, manchmal erst in der Pubertätszeit, selbst in späteren Jahren, manchmal im Anschluss an acute Krankheiten.

Gewöhnlich werden die Kinder derselben Eltern befallen, nicht selten überträgt sich die Krankheit von Geschlecht zu Geschlecht, sie kann aber auch bei einem einzigen Mitgliede einer sonst gesunden Familie allein auftreten, um dann erst hereditär zu werden.

Der Verlauf der Krankheit ist ein unaufhaltsamer progressiver.

Bestimmend für das Krankheitsbild sind die motorischen Störungen: die „locomotorische" (zunächst der Unterextremitäten, später auch der Oberextremitäten) und die „statische" Ataxie. (Schwanken nicht nur beim Gehen und bei Bewegungen überhaupt, sondern auch bei aufrechter Haltung des ganzen Körpers und bei der Haltung einer einzelnen Extremität.) In einer Reihe von Fällen Zunahme des Schwankens bei Augenschluss.

In manchen Fällen Romberg'sches Zeichen. Controle der Bewegungen der Beine mit den Augen, vornübergeneigter Kopf, leichte Kyphose der Brustwirbelsäule.

Unwillkürliche, choreaartige, zuckende Bewegungen, auch bei vollkommener Ruhelage des Kranken auftretend, Wackeln des Kopfes, Steigerung dieser Bewegungen beim Gehen und Stehen. Allmähliche Abnahme der Muskelkraft, besonders an den Beinen.

Nystagmusartige Bewegungen bei Fixirung eines vorgehaltenen Gegenstandes, besonders bei extremen Blickrichtungen und bei Bewegungen des fixirten Gegenstandes.

Die Sprache wird langsam, schwerfällig, lallend, zugleich Ungleichmässigkeit des Sprechens.

Hautsensibilität, wie Muskelsinn bleiben intact. In vorgerückten Fällen kann Abstumpfung der Hautsensibilität eintreten.

Die höheren Sinnesnerven zeigen keine Störung. Lancinirende Schmerzen sind, wenn sie überhaupt auftreten, vorübergehend und leichten Grades.

Zuweilen Klagen über Schwindelgefühl.

Die Hautreflexe zeigen keine Veränderung. Die Sehnenphänomene schwinden frühzeitig. Pupillenreflex, wie accomo-

[*]) Cfr. hierüber: Leyden und Goldscheider: Die Erkrankungen des Rückenmarks und der Medulla oblongata, p. 598 ff.; Schultze Fr.: Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 1. Bd., p. 351 ff.; Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten, p. 146 ff.

dative Verengerung der Pupille sind stets erhalten. Blasen- und Mastdarmthätigkeit zeigen fast nie eine Störung.

Vasomotorische Störungen (Cyanose, Oedeme) sind selten.

Tachykardie, Diabetes insipidus, profuse Schweisse, Salivation sind beobachtet.

An den Füssen kann sich Spitzfuss- und Hohlfussstellung ausbilden. Nicht selten schon frühzeitig dauernde Dorsalflexion der grossen Zehe.

Die psychischen Functionen können im späteren Verlaufe leiden.

Vergleichen wir die Symptomenreihe, welche unser Kranker bietet, mit diesen hier kurz zusammengefassten Erscheinungen der Friedreich'schen Krankheit, so sehen wir, dass sich dieselben fast Punkt für Punkt decken.

Das Leiden hat sich auch hier in der Kindheit entwickelt, ja es machte sich schon im 2. Lebensjahre bei den ersten Gehversuchen geltend. Die Gehstörungen waren auch hier das erste krankhafte Zeichen, welches von der Mutter und dem Patienten selbst beobachtet wurde.

Wie häufig bei Leuten vom Lande, wurde der Kranke sowohl von seiner Umgebung, wie von sich selbst nur mangelhaft beobachtet und so können leider bezüglich des ersten Auftretens der Unsicherheit in den Händen und des Nystagmus genauere Zeitangaben nicht gemacht werden.

Mit Sicherheit wird angegeben, dass seit 3 Jahren eine Verschlechterung des Zustandes eingetreten ist, das Schwanken nahm zu und wurde, auch wenn Patient sass, beobachtet, der Lehrer bemerkte seit einem Jahre eine Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit.

Es ist also auch die geforderte Progressivität des Leidens vorhanden.

Bis jetzt ist Patient allerdings, soweit bekannt, das einzige Glied der Familie, welches von der Krankheit betroffen wurde.

Trotzdem glaube ich nach dem Vorherangeführten, dass man mit Recht den geschiderten Fall zur Friedreich'schen Krankheit rechnen darf.

In differentialdiagnostischer Beziehung ist bei möglicher Weise doch vorhandener Lues des Vaters in erster Reihe an hereditäre Lues, an eine eventuelle Lues spinalis, zu denken. Es pflegt sich aber die spinale Lues acut oder in Schüben zu entwickeln, die Erscheinungen zeigen Neigung zu Remissionen, es kommt zu Paraparese, auch zu völligen Paraplegien der Beine, spastisch paretischem Gang, Sensibilitätsstörungen, Schmerzen und sehr häufig ist die spinale Lues mit der cerebralen verbunden; in dem Krankheitsbilde treten dann noch Störungen von Seiten des N. opticus, der Augenmuskeln auf, sonstige Hirnnervenlähmungen, sowie apoplectiforme Insulte.

Oppenheim[1]) sah auf dem Boden hereditärer Lues Krankheitsbilder sich entwickeln, welche der Friedreich'schen Krankheit nahe verwandt waren. Bei dem Mangel von deutlicheren Erscheinungen von hereditärer Lues bei unserem Patienten — es liessen sich nur die vergrösserten Inguinal- und Axillardrüsen in diesem Sinne denken — erscheint mir auch eine eventuelle Annahme, dass es sich hier um einen solchen Fall handelte, unwahrscheinlich.

Ferner haben wir differentialdiagnostisch zu berücksichtigen: die multiple Sklerose, Tabes, Tumor cerebelli, Chorea chronica progressiva und Hérédo-ataxie cérébelleuse.

Gegen erstere spricht das Fehlen spastischer Paresen, gesteigerter Sehnenreflexe, das Fehlen von Seh- und Blasenstörungen.

Eine Tabes in jugendlichem Alter ist einwandsfrei noch nicht bewiesen. Die lancinirenden Schmerzen, Paraesthesien, Anaesthesien, Störungen von Seiten der Augen, der Blase, des Mastdarms etc. bestehen nicht.

Bei einem Tumor cerebelli müssten wir Stauungspapille, Kopfschmerz und Schwindel in ausgesprochenem Maasse antreffen; der chronischen progressiven Chorea fehlt der schwankende Gang, der Nystagmus und der Mangel der Sehnenreflexe.

Die Hérédo-ataxie cérébelleuse (P. Marie und Londe), welche sonst der Friedreich'schen Krankheit ähnlich ist, soll sich durch Erhaltensein der Patellarsehnenreflexe auszeichnen, sie soll erst zwischen 20. und 30. Lebensjahr auftreten und häufig sollen Opticusatrophie, Augenmuskellähmungen und Herabsetzung der Pupillenreaction sich einstellen.

[1]) Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten, p. 148.

Was die Aetiologie in unserem Falle anlangt, so wäre höchstens die Phthise des Vaters in Betracht zu ziehen, indem Patient von Hause aus ein schwächliches Kind war und nie einen recht gesunden Eindruck machte. Möglicher Weise ist in dieser von Hause aus bestehenden schwächlichen Veranlagung auch eine Disposition zu Erkrankungen des Centralnervensystems gegeben gewesen. Lues des Vaters müssen wir, da sie mit Sicherheit nicht feststeht, hier unberücksichtigt lassen.

Meinem hochverehrten Chef, Herrn Professor Dr. Siemerling, spreche ich für die gütige Erlaubniss zur Veröffentlichung dieses Falles meinen ergebensten Dank aus.

Aus der chirurg. Abtheilung der Ev. Diaconissenanstalt Stuttgart.

Ueber die Nachbehandlung schwerer Unterleibsoperationen.*)

Von Dr. Steinthal.

Der Satz, dass mit dem Schluss der Bauchhöhle das Schicksal unserer Laparotomirten meistens entschieden sei, darf nur dann Geltung beanspruchen, wenn man dabei an die Möglichkeit einer während der Operation stattgefundenen Infection denkt. Den anderen Gefahren jedoch, welche unseren Operirten drohen, ist man nicht so machtlos entgegengestellt, und wird man öfters in der Lage sein, ihnen durch eine methodische Nachbehandlung erfolgreich zu begegnen. Diese Gefahren beruhen der Mehrzahl nach auf einer mangelhaften Thätigkeit des Herzens, sei es dass schwere Blutverluste vor oder während der Operation eine Leere des Gefässsystems erzeugten, bei welcher das Herz seine Arbeit nur mühselig leisten kann, sei es dass der ganze Körper unter einer schweren Ernährungsstörung leidet, wie bei jenen Kranken, denen wir die Gastroenterostomie machen sollen.

Es ist fast immer die Scheu der Kranken vor der Operation, dass sie sich zu dem Eingriff erst dann entschliessen, wenn der stetig sich verschlechternde Kräftezustand gar keinen anderen Ausweg zur Genesung möglich erscheinen lässt. Nun soll man noch an diesen heruntergekommenen Kranken operiren! Der rascheste Eingriff bedeutet für ihren Kräftezustand einen ziemlichen Stoss, den man nach Schaffung des neuen Weges durch reichliche Nahrungszufuhr nicht einmal gleich paralysiren darf, weil wir fast immer in Narkose operiren und selbst wenn wir mit localer Anaesthesie vorgehen sollten, eine stärkere Inanspruchnahme des Magens für die ersten Tage gefährlich ist. Die Verklebungsbrücke um den Murphyknopf, den wir nebenbei gesagt an unserer Anstalt als einziges Verbindungsmittel zwischen Magen und Darm anwenden, ist zunächst ein schwaches Seil, das durch Brechbewegungen oder stärkere Peristaltik leicht reissen mag. Ich brauche diesbezüglich nur an die jüngsten Experimente von Chlumsky aus der Breslauer chirurgischen Klinik zu erinnern, denen zu Folge alle Anastomosen zwischen dem 3. und 5. Tag sehr brüchig sind und man wird den Chirurgen Recht geben, welche ihren Magenoperirten statt Beefsteak und Sauerkraut möglichst wenig per os verabreichen wollen. Was man solchen Operirten darreichen kann, bedeutet nur einen Tropfen auf einen heissen Stein. So paradox es klingt, die Kranken sind durch die Operation zunächst noch schlechter daran, weil, wenn sie schon vorher gehungert haben, sie jetzt erst recht hungern müssen. Aber sie hungern nicht bloss, sie dürsten gewaltig — und Durst ist bekanntlich gefährlicher als Hunger. Der starke Eiweisszerfall des Hungernden gibt zwar Wasser frei, aber dieses kommt nicht dem wasserarmen Körper zu gut, sondern wird unter dem Zeichen der gesteigerten täglichen Harnmenge ausgeschieden.

Für solche Operirte ist also in erster Linie reichliche Flüssigkeitszufuhr geboten. Wir reichen ihnen dieselbe in Gestalt der täglich 2 mal ausgeführten intravenösen Kochsalzinfusion. Entweder schon vor der Operation, jedenfalls aber unmittelbar nach der Operation wird eine Vene am Vorderarm (meistens die Vena mediana in der Ellbogenbeuge) aufgesucht. Nach Anlegung einer peripheren Seidenligatur wird die Vene eröffnet und mit Hilfe einer zweiten Ligatur die Infusionscanüle eingebunden, dann lässt man 1—1½ Liter der physiologischen Kochsalzlösung einlaufen. Wenn man nun die Canüle wieder aus der Vene herauszieht, so wird die centrale Ligatur nicht geknotet, sondern nur in Schleifenform geschlossen

*) Vortrag in der chirurgischen Section der 71. Naturforscherversammlung zu München.

und ein leichter Druckverband angelegt. Sowie man wieder Flüssigkeit zuführen will, braucht man nur die Schleife zu lösen und die Infusionscanüle wieder einzuführen. Diese Infusionen von 1—1½ Liter werden, wie gesagt, 2 mal täglich in den ersten 4—6 Tagen nach der Operation ausgeführt. Die Operirten kommen mit ihrer Hilfe über die Nachwehen des Eingriffes sehr rasch weg, der quälende Durst ist äusserst gering und was vor Allem in die Wagschale fällt, wir haben seit Anwendung dieser methodischen Infusionen nie mehr Störungen von Seiten des Herzens erlebt.

Nun wird man vielleicht einwenden, wenn schon Infusionen gemacht werden, warum nicht die technisch einfacheren subcutanen oder Rectalinfusionen? Darauf möchte ich erwidern, dass die Einführung der Canüle für die intravenöse Infusion nur dann Schwierigkeit bereitet, wenn die Vene sehr dünn ist; dann nimmt man eine entsprechend dünnere Canüle und die Infusion dauert etwas länger. Im Uebrigen ist die Technik höchst einfach und es gibt für die folgenden Infusionen nichts Bequemeres als das Lösen der Schleife und die Wiedereinführung der Canüle. Es kann allerdings am 3. oder 4. Tag vorkommen, dass die blossgelegte Vene etwas geschrumpft ist und entweder schon dem Einführen der Canüle oder, wenn dies noch gelingt, dem rinnenden Wasser einen Widerstand entgegensetzt, so dass man gezwungen ist eine neue Vene aufzusuchen oder zu subcutanen resp. Rectalinfusionen überzugehen.

Diese Wege sind für die ersten Tage ausgeschlossen, weil wir die Haut und das Rectum anderweitig benöthigen.

Es wird nämlich unter die Haut, gleichfalls in den ersten 3—5 Tagen, nach dem Vorgange Leube's sterilisirtes Oel eingeführt. Mittels einer nicht zu dicken Hohlnadel gibt man Morgens und Abends je 40 g, also im Ganzen 80 g, was etwa 744 Calorien entspricht, die der hungernde Organismus nicht von den Bestandtheilen seines Leibes nehmen muss. Wenn nun auch ein hungernder Mensch das 2½—3 fache an Fett in 24 Stunden verbraucht, so ist mit diesen 80 g Fett immerhin ein ansehnlicher Gewinn erzielt. Die Oeleinspritzungen sind allerdings nicht schmerzlos und die Kranken nehmen sie nur an unter Hinweis des davon erwarteten Nutzens.

Endlich werden öfters kleine Nährklystiere in das Rectum gegeben, so dass wir mit Hilfe der intravenösen Infusion, der subcutanen Oeleinspritzungen und der Nährklystiere unmittelbar nach der Operation, ohne mit dem Magen in Conflict zu kommen, mit einer kräftigen Ernährung des Organismus einsetzen können.

Ich darf vielleicht als Paradigma die Tagesarbeit an einem 41 jährigen Kranken schildern, welcher wegen gutartiger Pylorusstenose gastroenterostomirt wurde und der bei seiner Aufnahme nicht mehr wie 90 Pfund wog, also in sehr reducirtem Zustand war.

2. Tag nach der Operation.

8 Uhr Morgens: 1 Nährklystier mit ¼ Liter Milch und 30 g Pepton.

8½ Uhr: Venöse Infusion von 1 Liter physiologischer Kochsalzlösung, subcutan 40 g sterilisirtes Olivenöl.

11 Uhr, 2 Uhr, 5 Uhr: Je 1 Nährklystier mit ¼ Liter Milch und 30 g Pepton.

5½ Uhr: Venöse Infusion, subcutan Olivenöl.

8 Uhr Abends: 1 Glycerinklystier zur Entleerung des Mastdarms.

10 Uhr: 1 Nährklystier mit ¼ Liter Milch und 30 g Mehl.

Per os wurden im Ganzen nur 30 g kalter Thee erlaubt, im Uebrigen der Mund öfters mit Citronenwasser ausgespült.

Am 3. Tag war die Therapie eine ähnliche, vom 4. Tag an wurde schon etwas mehr Flüssigkeit von oben erlaubt unter Weglassung der Oeleinspritzung, am 5. Tag wurden die Infusionen, am 6. Tag auch die Nährklystiere ausgesetzt.

Der Kranke hat dann eine ausgezeichnete Reconvalescenz durchgemacht, was wir von allen unseren Gastroenterostomirten sagen können, die in dieser Weise nachbehandelt wurden und wo nicht eine andere Complication den letalen Ausgang bedingte. Bei den Nährklystieren muss man übrigens individualisiren, wird durch das Pepton das Rectum gereizt, so muss vorwiegend Amylum gereicht werden, bei stärkerer Darmperistaltik setzt man dem Klystier 10 Tropfen Opiumtinctur zu.

Zu den schweren Unterleibsoperationen in dem Sinne, dass wir es mit sehr geschwächten Kranken zu thun haben, gehören ferner die Fälle mit acuten oder chronischen Blutverlusten. Für die acuten Anaemien gilt mit Recht die Kochsalzinfusion als ein wohlerprobtes Mittel unserer allgemeinen chirurgischen Therapie. Auch wir waren so glücklich, 3 Fälle von geplatzter Tubengravidität, die unter den schwersten Zeichen der inneren Blutung zur Aufnahme kamen und wo die Operation den ganzen Bauch voll Blut erwies, wohl nur mit Hilfe der Kochsalzinfusion zu retten. Ihr verdanken wir wohl auch einige günstige Erfolge bei ausgebluteten Frauen in Folge von Krebs oder Myom der Gebärmuter, also bei chronischen Anaemien. Man weiss, wie gefährlich bei solchen Kranken ein operativer Eingriff werden kann. Das scheinen mir jene Fälle zu sein, welche nach der Anschauung von Fritsch schliesslich septisch werden, weil sie in grosser Schwäche darniederliegen und dadurch die allgemeine und locale Widerstandskraft herabgesetzt ist. Für diese Fälle werden alle möglichen Excitantien empfohlen. Sie mögen auch für kurze Zeit das ermattete Herz wieder antreiben, aber bei dem leeren Gefässsystem bleibt die Circulation eine mangelhafte und wie die übrigen Gewebe und Organe leidet das Herz selbst darunter. So ist das beste Excitans für das Herz die Füllung des leeren Gefässsystems, welche unmittelbar nach der Operation, bevor bedrohliche Erscheinungen einsetzen, zu geschehen hat. Jede derartig ausgeblutete Kranke erhält bei uns noch auf dem Operationstisch ihre prophylaktische Kochsalzinfusion, die wiederholt wird, sobald die Herzthätigkeit im Geringsten nachlässt. Dem Operationsschock ist damit am besten begegnet.

Seit dem 1. Januar 1898, wo wir angefangen haben, in dieser Weise die Nachbehandlung zu leiten, bis Ende Juli d. J., also in 1½ Jahren, sind 130 peritoneale Operationen mit Ausschluss der Hernien ausgeführt worden. Davon entfallen 54 peritoneale Operationen (43 Laparotomien und 11 vaginale Uterusexstirpationen) auf das abgelaufene halbe Jahr. Unter den 43 Laparotomien waren 7 Gastroenterostomien (ein 8. derartiger Fall ist in den letzten Tagen dazugekommen), von denen nur 2 gestorben sind, der eine Fall, ein 53 jähriger, sehr decrepider Mann mit Arteriosklerose 9 Tage nach der Operation an doppelseitiger Pneumonie, der andere Fall an perforirenden Ulcera des Jejunum. Des Weiteren wurden mit methodischer Infusion behandelt: 1 Fall von vaginaler Uterusexstirpation, 2 Fälle von abdominaler Uterusexstirpation, 1 Fall von langdauernder, auch chemisch schwieriger Cysticotomie zur Entfernung eingeklemmter Gallensteine, Fälle, die sämmtlich unter dem Zeichen der Herzschwäche standen, theils in Folge vorausgegangener schwerer Blutungen, theils in Folge einer langdauernden Narkose.

Wir haben bei jedem weiteren Fall einen günstigeren Eindruck von der eben geschilderten Nachbehandlung bekommen und namentlich für die Nachbehandlung von Magenoperirten möchte ich die regelmässig wiederholte intravenöse Infusion in Verbindung mit subcutanen Oeleinspritzungen und Nährklystieren auf's Wärmste empfehlen.

Aus der inneren Abtheilung des Marienhospitals in Stuttgart.

Angina mit Endocarditis.

Von Dr. Roeger.

Seit einer Reihe von Jahren werden im Marienhospital Fälle von Angina beobachtet, bei welchen im Verlauf der Erkrankung ein Geräusch am Herzen wahrzunehmen ist. Einer freundlichen Anregung meines verehrten Chefs, Herrn Obermedicinalrath Dr. Rembold, folgend und veranlasst durch einige Veröffentlichungen in dieser Zeitschrift (cf. Münch. med. Wochenschr. No. 10 u. 27), habe ich die seit dem Jahre 1896 bei uns beobachteten hierher gehörigen Fälle zusammengestellt. Aus der Literatur, soweit sie mir zugänglich war, vermochte ich keinen weiteren Fall beizufügen.

Die beobachteten 120 Fälle vertheilten sich unter die verschiedenen bekannten Formen der Angina, ohne dass sich bei den mit einem Herzgeräusch complicirten ein Vorwiegen der einen oder anderen Form constatiren liess. (Ausgeschlossen sind sämmtliche mit einem Exanthem verbundene oder auf Diphtherie verdächtige Fälle.)

Der einzige bemerkenswerthe Befund an den Tonsillen dürfte vielleicht das Auftreten herpesartiger Efflorescenzen auf der Schleimhaut der Mandeln und der benach-

harten Partien der Wangen und Gaumenbogen sein. Es zeigten sich gleich zu Beginn der Erkrankung Bläschen von der Grösse eines kleinen Stecknadelkopfs, graugelblich, durchscheinend, mit gelblichem klaren Inhalt gefüllt, welche einzeln oder in Gruppen angeordnet, am 2.—3. Tage platzten und einen seichten Schleimhautdefect hinterliessen, der entweder mit einer kleinen Kruste bedeckt war, meist jedoch gerötheten Grund zeigte. Diese Efflorescenzen wurden in 13 von 24 mit Herzgeräuschen complicirten Fällen beobachtet, wobei in 5 Fällen gleichzeitig ein Herpes facialis resp. labialis vorhanden war. (Das häufige Auftreten von Herpes labialis erwähnt u. A. auch W. Kiesselbach in Penzoldt u. Stintzing, Handb. d. spec. Ther., III. Bd., Abth. IV, p. 145).

Was nun das Auftreten eines Geräusches am Herzen betrifft, so lassen sich Fälle unterscheiden, welche bei der Untersuchung sofort nach der Aufnahme noch reine Herztöne hatten und solche, welche schon mit mehr oder minder ausgesprochenem Herzgeräusch in's Spital kamen. Von ersterer Gruppe — welche ursprünglich reine Herztöne hatten — sind 10 Fälle notirt, davon zeigten 4 Fälle am 2. Tage, 4 am 3. und 2 am 4. Tage nach der Aufnahme ein deutliches Geräusch am Herzen. Anamnestisch oder durch directe Beobachtung wurde ermittelt, dass das Herzgeräusch 1—5 Tage, durchschnittlich am 3. Tage, nach Auftreten der ersten Symptome von Angina gehört wurde. In 9 Fällen der zweiten Gruppe — welche schon bei der Aufnahme unreine Herztöne darboten — wurde ein Deutlicherwerden des Geräusches beobachtet.

Von den 10 Fällen der ersten Gruppe war bei 5 das Geräusch bei der Entlassung verschwunden, während bei den 5 anderen ein Persistiren des Geräusches auch nach vollständigem Ablauf der übrigen Symptome constatirt wurde. (Das Geräusch dauerte in den Fällen, wo es wieder verschwand, 7—30 Tage, durchschnittlich 17 Tage lang. Die ganze Erkrankung resp. der Spitalsaufenthalt nahm 7—65 Tage, durchschnittlich 24 Tage in Anspruch.)

Rechnet man noch 14 weitere Fälle, bei welchen nur aus der Anamnese das Auftreten von Herzklopfen zu Anfang der Erkrankung erhoben wurde und sich schon ein ausgesprochenes Geräusch fand, so stellt sich die Zahl der Fälle, bei welchen das Geräusch wieder verschwand, auf 14, ein persistirendes Geräusch zeigten 10.

Am deutlichsten war das Geräusch in der Mehrzahl der Fälle als systolisches an der Herzspitze zu hören, in einigen Fällen am l. Sternalrand im IV. Intercostalraum.

Die Erkrankten waren durchweg Personen im jugendlichen Alter (16—30 Jahre), meist weiblichen Geschlechts, die wenigen männlichen Patienten (6) im Alter von 16—20 Jahren waren blutarme, gracil gebaute Individuen.

Bei 120 Fällen von Angina wurde in 24, also in 20 Proc. ein Geräusch am Herzen beobachtet.

Gerhardt fand in 21 Proc. der Fälle bei Angina Gelenkrheumatismus. Ich möchte ausdrücklich hervorheben, dass Fälle von Angina mit Gelenkrheumatismus und -Schwellungen, welche auch bei uns mehrfach beobachtet wurden, hier nicht mitgerechnet sind.

Der nicht geringe Procentsatz (8 Proc.) der Fälle, bei welchen im Verlauf der Angina ein fortdauerndes Herzgeräusch, also ein „Herzfehler" acquirirt wurde, spricht dafür, dass wir es hier mit einer echten Entzündung des Endocards resp. des Klappenapparates zu thun haben.

Dass diese Endocarditis auch unter Umständen bedenkliche Erscheinungen im Gefolge haben kann, dafür möge als Beispiel folgende Krankengeschichte dienen:

J. Sch., Dienstmädchen, 20 Jahre alt, wurde am 20. III. 99 wegen Pedes plani aufgenommen. Am 23. III. klagt Pat. über Schwindel und starke Halsschmerzen. Obj.: Röthung und mässige Schwellung der Tonsillen, herpesartige Efflorescenzen beiderseits. An der Herzspitze lautes systolisches Geräusch. Nach 4 Tagen ist das Geräusch wieder schwächer. Angina heilt ohne weiteren Zwischenfall. Bei der Entlassung am 1. IV. ist das Herzgeräusch noch leise zu hören. Am 8. V. kommt Pat. wieder mit Klagen über Herzklopfen, Schmerzen und Schwellung der Beine. Obj.: Frequente Herzaction, lautes systolisches Geräusch an der Herzspitze. Oedematöse Schwellung und Röthung des rechten Unterschenkels. An der Innenseite ist von der Kniekehle bis zur Mitte des Unterschenkels eine strangförmige Verhärtung zu fühlen, welche an ihrem oberen Ende eine ca. wallnussgrosse, fluctuirende Anschwellung zeigt. Am 6. VI., nachdem sämmtliche locale Entzündungserscheinungen zurückgegangen — Pat. hatte bisher immer leichtes Fieber und in den letzten zwei Tagen abendliche Temperaturen von 38—38,5 gehabt — wurde durch Probepunction dunkelfarbiges Blut mit etwas Eiter entleert. Am folgenden Tage wird der fluctuirende Tumor incidirt und ca. 1 Esslöffel voll dunkelfarbiger Cruor, welcher im Centrum gelbliche Massen zeigt, entfernt (central erweichter Thrombus). Von da ab verschwindet das Fieber und die weitere Heilung erfolgt ohne Zwischenfall. Bei der Entlassung des Pat. am 22. IV. persistirt noch ein leises systolisches Geräusch an der Herzspitze.

Die Behandlung der complicirenden Endocarditis bestand in Auflegen von Eisbeutel auf die Herzgegend bei strenger Bettruhe und Vermeidung aufregender Getränke.

Für die gütige Ueberlassung des Materials spreche ich Herrn Obermedicinalrath Dr. Rembold meinen verbindlichsten Dank aus.

Zur Behandlung der Augeneiterung der Neugeborenen.

Von Dr. A. Lamhofer, Augenarzt in Leipzig.

Wenn ein durch die Autorität A. v. Gräfe's und seiner Schüler sanctionirtes, Jahrzehnte lang empfohlenes und gebrauchtes Mittel wie das Argentum nitricum gegen die Augeneiterung Neugeborener plötzlich aufgegeben und sogar als schädlich hingestellt, ein anderes, besser wirkendes Mittel aber nicht zugleich an seine Stelle gesetzt wird, so darf nicht erwartet werden, dass diese neue Ansicht schnell Verbreitung und Anerkennung finde.

Dr. v. Ammon hat (cf. Münchener med. Wochenschrift XXXXVII., 1., p. 12, 2. Januar 1900) eine grössere Zahl von Neugeborenen mit Augeneiterung in der Münchener Universitäts-Augenklinik ohne Argent. nitr., überhaupt ohne Arzneimittel, einfach mit Ausspülung des Bindehautsackes und mit Eisumschlägen behandelt, und bei 48 Kindern, die mit unversehrter Hornhaut in seine Behandlung kamen, glatte Heilung erzielt.

Meine etwas längere Erfahrung stimmt mit der von v. A. vollkommen überein.

Ich habe die letzten 2 Jahre als Assistent an der Universitäts-Augenklinik zu Leipzig (1881 und 1882) und vom Jahre 1884 an in selbständiger Praxis niemals bei der Augeneiterung Höllenstein angewendet. Die Zahl der von mir und meinem lieben Freund und Collegen Herrn Dr. Lebelt seitdem ohne Argent. nitr. behandelten Kinder beträgt mehrere Hunderte. Niemals trat Hornhauteiterung auf. Die Krankheit verlief rascher (ca. 2 Wochen), als ich es früher zu sehen gewohnt war. Die papillären Wucherungen der Bindehaut im dritten Stadium, derentwegen die Kinder oft wochenlang in die Poliklinik gebracht wurden, blieben aus.

Mein Grundsatz bei der Behandlung der Augeneiterung ist: Möglichst sorgfältige Pflege und Ernährung des Kindes bei strenger ärztlicher Ueberwachung, möglichste Abhaltung aller Schädlichkeiten vom erkrankten Auge, möglichst milde Reinigung der Augen mit lauwarmer Flüssigkeit. Die Ausspülung des Bindehautsackes lasse ich alle 1—2 Stunden, je nach der Eiterabsonderung, machen mittels einer Undine (das Glasköl bchen kostet 30 Pfg.); wo ich der Reinlichkeit nicht traue oder wo durchaus eine Arznei verschrieben werden muss, verordne ich ganz schwache Bor- oder Alaunlösungen statt des gewöhnlichen abgekochten Wassers. Jedes Kind erhält wenigstens für die erste Woche eine eigene Wärterin oder Pflegeperson.

Darin weiche ich von der Behandlung von v. A. ab, dass ich schon lange keine Eisumschläge mehr machen lasse. Ueber ihren tonisirenden und schmerzstillenden Werth liesse sich streiten. Für das Allgemeinbefinden des Kindes und auch der Wöchnerin, wenn diese sie machen muss, sind sie nicht immer gleichgiltig. Jedenfalls steht fest, dass unausgesetzte, gleichmässige Kühlung mit Eis selbst in einer Klinik nicht ganz leicht durchzuführen ist. In der Privatpraxis, gar bei ärmeren Leuten, auf dem Lande, im Sommer ist die Eisbehandlung meist unmöglich. Was aber nur in der Klinik, ausserhalb von ihr nur bei Wenigen, was sich nicht überall und jederzeit anwenden lässt, verliert bei der Behandlung einer so verbreiteten Krankheit an Werth. Darum habe ich auch vom Anfange an darauf hingewiesen, dass die strengen Vorschriften über Aetzung mit Argent. nitr., wie sie A. v. Gräfe in seiner classischen Abhandlung im ersten Bande des Arch. f. Ophthalm. gegeben hat, stricte sie dicta ausserhalb der Klinik von einem einzelnen Arzte fast nie durchzuführen sind.

War die Krankheit bisher so gefährlich, so traurig in ihrem Ausgange, so war sie dies, weil in Stadt und Land durch die unsinnigsten Mittel die Augen geschädigt, weil durch Finger, Nägel,

Stifte, Pinsel, Lidhalter, Spritzen u. s. w. das Hornhautepithel verletzt und so den Bacterien das Eindringen erleichtert, und weil im Vertrauen auf die locale Behandlung die Ueberwachung der Pflege und Ernährung des Kindes nicht genug berücksichtigt wurde. Was unabsichtlich, was aus Unverstand, was auf den Rath der „weisen Frau", der „erfahrenen" Grossmutter, der hilfsbereiten Tanten solch' kleinem Kinde alles zugefügt wird, darüber muss man immer von Neuem erstaunen und sich ärgern. Darum stelle ich auch jetzt trotz meiner so überaus glücklichen Erfolge in jedem neuen Falle den Angehörigen die Prognose als ernst vor, spreche die Hoffnung, die Wahrscheinlichkeit, nicht aber die Gewissheit einer vollständigen Heilung aus.

Zu dem klinischen Bilde der durch den Gonococcus bewirkten Augeneiterung gehört nicht jene Form der Augenentzündung, wo bei meist geringer Eiterung die Hornhaut sich rasch trübt, infiltrirt, wo sie erweicht, einschmilzt und die Linse austritt. Dieses Leiden (Keratomalacia) trifft fast ausschliesslich zu früh geborene, schlecht und künstlich ernährte, an Brechdurchfall leidende Kinder mit richtiger Facies Hippokratica. Hier hilft weder Argent. nitr., noch ein anderes Mittel. Zum Glück sterben fast alle diese Kinder. Auch v. A. erwähnt 2 solche Kinder unter seinen Kranken.

Von Erwachsenen habe ich selbst bisher nur 17 an Blennorrhoe behandelt. Alle litten gleichzeitig an Tripper. Die Behandlung war die gleiche, wie die der Neugeborenen, in früheren Jahren mit, später ohne Eis. Alle Augen heilten ohne Erkrankung der Hornhaut, auch wieder auffallend rasch und ohne Bindehautwucherung.

Noch ein Wort über die Prophylaxis nach Credé. Ich stehe zur Zeit noch auf dem Standpunkt, dass unmittelbar nach der Geburt bei Neugeborenen, und unmittelbar nach der Ansteckung bei Erwachsenen (hier mit gleichzeitiger gründlicher Ausspülung) ein Tropfen einer 2 proc. Lösung von Argent. nitr. einmal, aber nur einmal, ja nicht wiederholt eingeträufelt werden soll.

Anmerkung. Ausführlichere Beschreibung der Behandlung Neugeborener, die an Augeneiterung leiden, ist zu finden: in einem Vortrag, gehalten in der Medic. Gesellschaft in Leipzig 1888, in Schmidt's Jahrbücher, Bd. CCXXI, p. 201, 1889 und Bd. CCXLII, p. 172, 1894. Siehe ferner: Behandlung der gonorrhoischen Erkrankungen des Auges von Prof. Eversbusch im Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten, VI. Bd. und im Centralblatt f. Kinderheilkunde, 1897, Heft 1.

Casuistischer Beitrag zur Symptomatologie der Pankreatitis acuta.

Von Dr. Hans Doerfler in Weissenburg a. S.

Die Pathologie des Pankreas hat in dem letzten Jahrzehnt besonderes Interesse hervorgerufen. Trotzdem in dieses bis vor Kurzem noch dunkle Gebiet sowohl von Seiten der pathologischen Anatomen, als auch von der der Chirurgen und Internisten einigermassen Licht gebracht worden ist, erscheint jeder kleine Beitrag zur Frage der Pankreaserkrankungen wünschenswerth. Ein Symptom, das ich in letzter Zeit bei einem Fall von acuter eitriger Pankreatitis zu beobachten Gelegenheit hatte und mir als Zeichen von Pankreaserkrankung noch nicht geläufig war, lässt es mir gerechtfertigt erscheinen, den Fall kurz mitzutheilen.

M. St., Werkmeistersfrau, 50 Jahre alt, sehr corpulent, in kinderloser Ehe seit 15 Jahren verheirathet, bisher stets gesund, abgesehen von Menstruationsbeschwerden, die bei einer vor Jahren vorgenommenen Untersuchung per vaginam auf eine Retroflexio uteri fixata (Tumor im Douglas) zurückgeführt worden waren.

Am 30. Juli war Patientin noch vollständig gesund, und soll Abends auf einem Bierkeller einige Bratwürste und Bier in mässiger Menge genossen haben. Am nächsten Morgen Erwachen unter den heftigsten Kreuzschmerzen, die in beide Beine bis in die Unterschenkel ausstrahlen und jede Bewegung und jedes Aufrichten im Bett fast zur Unmöglichkeit machen. Keinerlei Erscheinungen von Seiten des Magens. In meiner Abwesenheit diagnosticirt mein Assistent doppelseitige Ischias. Auch in den beiden nächsten Tagen hielt er an der Diagnose fest, obwohl jede Therapie gegen die geradezu unerträglichen Kreuzschmerzen erfolglos geblieben war. Am 3. August sah ich die Patientin zum erstenmal. Sie klagt über unerträgliche Schmerzen im Kreuz — kann nur mit Hilfe mehrerer Personen im Bett aufgesetzt werden —, Engigkeit beim Athmen, sowie etwas Druck in der Magengegend. Appetitlosigkeit und Stuhlverstopfung seit einigen Tagen. Die Temperatur hatte am Abend vorher 38,8 im Rectum betragen, jetzt am 3. Morgens war 38,0 gemessen worden. Es fiel mir sofort eine starke Blässe des Gesichtes mit leichtem Anflug von Cyanose sowie deutlich beschleunigte Athmung auf. Ebenso bestand Pulsbeschleunigung zwischen 96 und 100. Eine genaueste Untersuchung ergab ausser der deutlichen Unbeweglichkeit der Patientin in den unteren Brustwirbel- und oberen Lendenwirbelgelenken und dem mir schon bekannten Tumor im Douglas nichts Besonderes. Insbesondere war auch bei tiefem Eindrücken des Abdomens keinerlei Druckempfindlichkeit nachzuweisen. Es war an diesem Morgen einmal Erbrechen erfolgt, seit 3 Tagen bestand Obstipation; Flatus sollen ebenfalls seit der Zeit sistirt haben. Patientin macht ganz den Eindruck, als ob sie eine innere Blutung erlitten hätte, doch fehlte, wie gesagt, bei der Untersuchung jeder Anhaltspunkt hiefür.

Ordination: Wassereingiessung in's Rectum, Ol. Ricini und Morphium subcutan. Darauf rasches Nachlassen der heftigen Kreuzschmerzen. Eingiessungen und Ricinus blieben wirkungslos. Langsame, aber stete Zunahme der Athemnoth und Pulsbeschleunigung, sowie Verfall des Gesichtsausdruckes. Abends Temperatur 38,5. Urin wird reichlich gelassen, zeigt mässigen Eiweissgehalt, nimmt beim Stehen rasch üblen Geruch an und ist stark zuckerhaltig. Sensorium ganz intact.

Am 4. August Puls 120, noch kräftig, Respiration stark beschleunigt ohne subjectiven Lufthunger, Unbeweglichkeit der Wirbelsäule. Patientin liegt ganz steif im Bett. Noch 2 mal Erbrechen im Laufe des Tages, keine Erscheinungen von Seite des Peritoneums.

Am 5. Abends wird der Puls klein, unzählbar, Extremitäten kühl; kalter Schweiss tritt auf; riesige Athemnoth. In kurz dauerndem Coma erfolgt unter den Zeichen der Herzschwäche der Exitus letalis.

Es wurde von mir die Diagnose mit Rücksicht auf den rapiden Verlauf und den Zuckergehalt des Urins auf Pankreaserkrankung gestellt, da Anhaltspunkte für jede andere Erklärung des rasch tödtlichen Verlaufes vollständig mangelten.

Section ergab: Vollständig normale weibliche Leiche mit mächtigem Paniculus adiposus; nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich das Peritoneum allenthalben normal, überall blass und glänzend. Im kleinen Becken etwa ein halber Esslöffel haemorrhagischer Flüssigkeit.

Es fällt auf, dass das Kolon ascendens und Querkolon stark gebläht, das Kolon descendens dagegen stark contrahirt und leer sich präsentiren. Das geblähte Kolon transversum geht ganz unvermittelt in das fest contrahirte Kolon descendens über, genau so, wie man es bei Abschnürungen durch einen Strang zu finden pflegt. Doch kann keinerlei Schnürfurche, keinerlei Strangbildung, keinerlei Abknickung aufgefunden werden, und es gelingt leicht, die Darmgase aus der geblähten in die leere Darmschlinge hinüber zu drücken.

Einen höchst interessanten Befund ergab die Section des Pankreas. Das vor dem Pankreas gelegene Zellgewebe ziegelfarben, haemorrhagisch infiltrirt. Das herausgenommene Pankreas in allen seinen Dimensionen mächtig vergrössert. Besonders auffällig die Verbreiterung des Pankreaskopfes. Die Länge des Pankreas betrug etwa 25 cm, die Breite des Kopfes mindestens 8 cm. An 3—4 Stellen kirschgrosse Härten durchzufühlen. Das parallel zu seiner ganzen Länge durchtrennte Pankreas zeigt zahlreiche diffuse Haemorrhagien.

An vielen Stellen erbsen- bis kirschkerngrosse eitrige Einschmelzungen. Die sich hart anfühlenden Knoten erweisen sich auf dem Durchschnitt als frisch entzündliche Infiltrate um kleine Eiterherde herum. Grössere Haemorrrhagien fehlen sowohl im Peritoneum als im Pankreas selbst. Ebenso fehlt jede Spur von Fettnekrose im Bauchraum. Beide Nieren dunkelblauroth, etwas vergrössert, Rindensubstanz verbreitert. Es besteht deutliche Fettleber. Die Intima der Aorta abdominalis zeigt beginnende Atheromatose. Im Douglas eine kinderfaustgrosse Ovarialcyste ohne jegliche entzündliche Erscheinung.

Die mikroskopische Untersuchung des nach Erlangen gesandten Präparates ergab: Nekrose des Pankreasgewebes mit beträchtlicher interstitieller Fettwucherung, daneben stellenweise eitrige interstitielle Infiltration, makroskopisch als Knoten zu erkennen. Die Niere gab wegen schlechter Conservirung keine Kernfärbung mehr, die Leber liess noch in Form von erweiterten Centralvenen Pigmenteinlagerungen, Fettinfiltration in der Peripherie der Läppchen, die Zeichen der Stauung erkennen.

Epikrise: Wir hatten es also mit einer acuten, eitrigen Pankreatitis und Nekrose des Pankreasgewebes zu thun. Der Fall war in mehrfacher Hinsicht bemerkenswerth. Vor Allem war auffällig, dass das Krankheitsbild vom Anfang bis beinahe zum Ende durch heftigste Kreuzschmerzen beherrscht wurde. Bei genauester Durchsicht der ganzen mir zur Verfügung stehenden Literatur über Pankreaserkrankung konnte ich nirgends dieses Symptom als für Pankreasaffection sprechend angegeben finden. Von einigen Autoren sind wohl dumpfe, in die Schulterblätter ausstrahlende Rückenschmerzen als nicht selten vorkommend angeführt. In unserem Falle dagegen waren die Schmerzen im Rücken so exorbitant und alle anderen Erscheinungen in den Hintergrund drängend, dass sie sicher angeführt worden wären, wenn sie in solcher Intensität jemals beobachtet worden wären. Die Kranke bot in den ersten Tagen ganz das Bild dar, wie wir

es so häufig bei heftigstem Lumbago oder Rheumatismus in den Wirbelgelenken resp. im Sacroileocalgelenk oder doppelseitiger Ischias zu beobachten Gelegenheit haben. Das Ausstrahlen der Schmerzen in die beiden Beine liess die letztere Diagnose noch wahrscheinlicher erscheinen. Dabei fehlte jeglicher epigastrischer Schmerz, jeglicher Schmerz im Abdomen überhaupt. Als am 3. Tag Fieber auftrat, die Athmung beschleunigt, der Puls elender wurde, einmal Erbrechen auftrat, erst da drängte sich der Verdacht einer anderweitigen Störung auf. Der Zuckernachweis im Urin und der unerklärlich zunehmende Collaps liessen erst Verdacht auf Pankreasaffection entstehen. Da die Section keinerlei anderweitige Erklärung der Kreuzschmerzen ergab, so müssen wir nach dem Sectionsbefund dieselben entschieden auf die hochgradige entzündliche Affection des Pankreas und des dasselbe umgebenden Gewebes zurückführen. Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass die heftigen Kreuzschmerzen entweder durch Druck des entzündlich vergrösserten Pankreas auf den Plexus solaris und das Ganglion semilunare oder durch Uebergreifen der pankreatischen Entzündung auf diese Gebilde bedingt war. Diese Erklärung ist um so plausibler, als ja Osler und Hughes eben bei acuter Pankreatitis Rundzelleninfiltration im Ganglion und entzündliche Veränderung der Nervenzellen festgestellt haben.

Ferner schien bemerkenswerth die mächtige Auftreibung des Kolon ascendens und Querkolons und deren scharfe Abgrenzung von dem total leeren Kolon descendens. Wie erwähnt, hätte man im ersten Moment an eine Darmabschnürung denken können, so frappant war der Volumenunterschied beider Darmabschnitte. Da die Section bei sorgfältigster Nachforschung keinerlei makroskopische Erklärung dieser Erscheinung gegeben hat, sind wir auf Vermuthungen angewiesen. Ich erkläre mir diese Erscheinung in folgender Weise: Hinter dem Pankreas liegt, von demselben vollständig bedeckt, die Arteria und Vena mesenterica superior mit den sie begleitenden sympathischen Nerven. Die Arteria mesenterica inferior liegt weiter nach abwärts und wird von Pankreasaffectionen nicht unmittelbar berührt. Das Kolon ascendens und transversum werden nun von der Arteria mesenterica superior, das Kolon descendens dagegen von der Arteria mesenterica inferior versorgt. Da im Krankheitsbild der Pankreatitis die Symptome von Reizung der prävertebralen sympathischen Geflechte im Vordergrund stehen, offenbar also die hinter dem Pankreas gelegenen Gebilde eben bei diesen Erkrankungen besonders in Mitleidenschaft gezogen werden, so ist es plausibel, dass die mit den Blutgefässen der Arteria mesenterica superior in die Darmwand eintretenden und die Darmmusculatur versehenden Nerven, sei es durch Druckwirkung, sei es durch Entzündung, gelähmt werden können, und dass hiedurch eine complete Darmlähmung in dem von demselben versorgten Darmgebiet hervorgerufen werden kann. In umgekehrter Weise wird eine als Fernwirkung gedachte Reizung oder gar ein Nichbefallensein der mit der Arteria mesenterica inferior in das Kolon descendens eintretenden Darmnerven wirken müssen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass manche Beobachtungen von Obstipation und Ileuserscheinungen bei Pankreaserkrankungen auf solche Weise erklärt werden müssen. Wir ziehen daraus die Lehre, bei Ileuslaparotomien, die eine greifbare Ursache der Darmstenose vermissen lassen, an die Möglichkeit einer Pankreasaffection zu denken und unsere Prognose nach einem diesbezüglichen Befunde entsprechend zu modificiren.

Aus der Augenheilanstalt für Oberschlesien in Gleiwitz.
Chefarzt: Sanitätsrath Struwe, Stabsarzt a. D.

Ueber den Zusammenhang zwischen Skrophulose und Trachom.[1])

Von Dr. S. Bäck in Gleiwitz.

M. H.! Wohl einem jeden Augenarzte, dem ein grösseres Beobachtungsmaterial an Trachomfällen zur Verfügung steht, wird es aufgefallen sein, wie häufig das Trachom zusammen mit solchen Erkrankungsformen des Auges auftritt, welche wir als skrophulöse, ekzematöse zu bezeichnen gewöhnt sind. Ich verstehe unter den letzteren, wie allgemein in der ophthalmologischen Nomenclatur üblich: die Lidrandentzündung, die Entstehung von Phlyktaenen, randständigen Hornhautgeschwüren etc. und schliesslich noch die Bildung des Pannus skrophulosus, Erkrankungsformen, welche ich aus Bequemlichkeitsgründen als Skrophulose des Auges bezeichnen möchte.

Da aber ausser diesem Nebeneinandervorkommen auch das Trachom und die Skrophulose des Auges im klinischen Bilde gewisse Aehnlichkeit bieten, so dürfte die Vermuthung nicht von der Hand zu weisen sein, dass zwischen beiden ein gewisser Nexus causalis besteht, dass beide vielleicht auf ein gleiches aetiologisches Moment zurückzuführen sind.

Ich sagte eben, dass das Trachom und die Skrophulose des Auges im klinischen Bilde einander ähneln und möchte desshalb an dieser Stelle darauf hinweisen, dass, obwohl doch die Körnchen- und Papillenbildung in den Lidbindehäuten ein für Trachom typisches Diagnosticum sein soll, sehr häufig die Diagnose Trachom mit Sicherheit nicht zu stellen ist — selbst wenn ich an dieser Stelle die Frage des Follicularkatarrhes ganz aus dem Spiele lassen will.

Wie häufig kommt es z. B. vor, dass ein Individuum mit einer Phlyktaene zu uns kommt; wir wenden das Oberlid um und sehen, dass dasselbe mit zahlreichen kleinsten Körnchen besetzt ist — ganz ähnlich dem Bilde, wie es das sog. „kleinkörnige Trachom“ bietet, die Lidbindehäute des anderen Auges sind blass; es ist keine Spur von Körnchenbildung zu finden. Ist das nun Trachom oder nicht? Das erkrankte Auge wird antiphlyktaenulär mit Kalomel, Cocain und Lidsalbe behandelt und nach Abheilen des Krankheitsprocesses bietet die Oberlidbindehaut das gleiche Bild wie das des anderen, nicht erkrankten[2]) Auges. War es nun Trachom oder nicht? — Nein, es war keines; das wissen wir hinterher. Zu Beginn der Erkrankung konnte die Diagnose nicht mit Sicherheit gestellt werden. Jedenfalls haben wir gesehen, dass häufig eine typisch skrophulöse Augenerkrankung im klinischen Bilde dem Trachom ähnelt.

Was nun die Pannusbildung in der Hornhaut betrifft, so soll dieselbe bei Trachom eine Prädilection für die obere Hälfte der Hornhaut zeigen, während der Pannus skrophulosus sich an beliebigen Stellen der Hornhaut entwickelt; der letztere ist gewöhnlich dünn, wenig gefässreich und einer vollständigen Rückbildung sehr zugänglich. Ein so krasser Unterschied besteht nun meiner Ansicht nach in dem klinischen Bilde des Pannus nicht. Auch der skrophulöse kann sich auf der oberen Hornhauthälfte localisiren und unseren therapeutischen Eingriffen und Maassnahmen trotzen, ganz wie auch der Pannus trachomatosus sich von beliebigen Stellen der Augapfelbindehaut her entwickeln und auffallend rasch abheilen kann. Jedenfalls wird es oft sehr schwer fallen, im Anfange der Erkrankung die Differentialdiagnose mit Sicherheit zu stellen.

Die Bildung von Körnchen im Oberlide ist nicht die Entstehungsursache des Pannus trachomatosus; ich hatte sehr häufig Gelegenheit, Trachomfälle ohne Körnchen mit narbigen Veränderungen im Oberlide zu sehen, wo die Hornhaut erst im Narbenstadium des Trachom pannös erkrankte.

Es ist aber ferner auch bekannt, dass die Körnchen- oder Follikelbildung in den Bindehäuten nichts absolut trachomotypisches ist, dass diese vielmehr den verschiedensten Einflüssen ihre Entstehung verdanken kann. Ich erinnere nur an das klinische Bild der Atropinconjunctivitis[3]), einer Bindehauterkrankung, welche durch chemische, nicht bacterielle Einflüsse bedingt ist.

Aber auch die verschiedensten bacteriellen Infectionen können das Bild der Körnchenbildung hervorrufen; so sind von verschiedenen Autoren Fälle beschrieben worden — und ich selbst hatte Gelegenheit, einen solchen durch

---

[1]) Nach einem im Aerzteverein des oberschlesischen Industriebezirkes gehaltenen Vortrage.

[2]) cf. Vossius: Lehrbuch der Augenheilk. 1898, p. 331 ff.

[3]) cf. Axenfeld: Pathologie des Auges; Bericht über das Jahr 1895 und 1896, p. 576.

längere Zeit zu beobachten — wo eine gonorrhoische[4]) Blennorrhoe unter dem Bilde der Körnchenbildung verlief, wie denn auch als Folgezustände der Blennorrhoe Körnchen und Follikelbildungen in den Bindehäuten beobachtet wurden — ein Krankheitszustand, den man als „chronische Blennorrhoe“[5]) zu bezeichnen pflegt. Auch das Bild der Tuberculose der Conjunctiva kann dem des Trachom sehr ähnlich sein; so hatte ich Gelegenheit, einen solchen Fall zu beobachten[6]), wo die Oberlidbindehaut mit zahlreichen, stark geklüfteten papillären Efflorescenzen bedeckt war, in deren Mitte sich allerdings ausgedehnter geschwüriger Zerfall fand, welch' letzterer beim Trachom zu fehlen pflegt; die Aehnlichkeit mit dem Trachom wurde in diesem Falle auch noch durch das Vorhandensein eines Pannus vervollständigt. Follikelbildungen in den Lidbindehäuten bei Tuberculose der Conjunctiva sind zuerst von Michel[7]) beschrieben worden. Auch bei Infectionen der Bindehaut mit dem Diplococcus pneumoniae sollen sich Follikel entwickeln können.[8])

Haben wir also bis jetzt gesehen, dass Trachom und Skrophulose des Auges erstens sehr häufig neben einander vorkommen, zweitens, dass sie auch im klinischen Bild einander ähneln, so werden wir sehr häufig — und ich darf und kann nach meinen eigenen Untersuchungen wohl sagen — fast immer das Trachom gerade bei solchen Patienten finden, welche einen Habitus skrophulosus besitzen. Dass das Trachom gerade bei solchen Individuen schwer verläuft, welche skrophulös veranlagt sind, ist ja schon längst bekannt.[9]) Ich möchte an dieser Stelle jedoch ausdrücklich hervorheben, dass ich bei allen meinen Patienten, welche wegen eines Trachoms in die Anstalt zur Behandlung kamen, einen Habitus skrophulosus feststellen konnte — allerdings nur bei Individuen in relativ jugendlichem Alter. Ich bemerke ausdrücklich in jugendlichem Alter; denn bekommen wir Personen zu Gesicht, welche das 20. Lebensjahr bereits weit überschritten haben, so werden wir selbstverständlich einen Habitus skrophulosus nicht mehr feststellen können, weil die Typen desselben zu dieser Zeit bereits verwischt sind. Die skrophulöse Anlage besteht freilich noch, denn Infectionen mit Trachom sind auch in diesem Lebensalter noch sehr wohl möglich.

Axenfeld[10]) ist bei seinen Untersuchungen über die Entstehung der skrophulösen Augenerkrankungen zu dem Resultate gekommen, dass nicht eine einheitliche Bacterienart dieselben hervorrufe. Ich stehe nicht an, diesen Schluss auch zur Erklärung der Entstehung des Trachoms zu verwerthen. Das Trachom wird nicht durch eine einheitliche Bacterienart hervorgerufen, sondern alle möglichen, eine Bindehautentzündung erzeugenden Bacterienarten können bei einem dazu disponirten Individuum ein Trachom hervorrufen. Die dazu Disponirten sind die skrophulös Veranlagten. Ich glaube, dass dies auch der Grund gewesen ist, warum bis jetzt der richtige Trachombacillus noch immer nicht entdeckt ist, warum alle entdeckten das Schicksal des „nicht richtig sein“ theilen mussten[11]). Es gibt eben keinen Trachombacillus, sondern nur Trachombacillen. Ich stelle mich mit dieser Ansicht auf einen Standpunkt, welcher bereits von französischen Autoren, Cazalis und Truc[12]), vertreten worden ist, welche ebenfalls als Erforderniss für die Entstehung des Trachom ein „terrain prédisposé“ verlangen, mit welchem sie die Skrophulose meinen. Auch der Einwand, dass bei Trachomepidemien alle Individuen ohne Ausnahme von der Krankheit befallen werden, spricht nicht gegen meine Ansicht; ich habe immer gefunden, dass man bei Beobachtungen von Trachomepidemien Vieles als Trachom bezeichnet, was in Wirklichkeit ein blosser Katarrh ist, dass man dabei Alles sozusagen mit dem „Trachomauge, sub specie trachomatis“ ansieht. Dass das Trachom nicht absolut, unbedingt contagiös ist, dürfte wohl auch bekannt sein; Axenfeld[13]) zählt die Granulose zu den bedingt contagiösen Erkrankungen. Aus Erfahrung wissen wir das Alle: Wie häufig ist nicht wohl vorgekommen, dass wir beim klinischen Unterrichte durch ein Versehen unsere Bindehäute mit dem Conjunctivalsecrete von Trachomkranken inficirten und dennoch haben wir kein Trachom bekommen. Ich selbst habe zu wiederholten Malen Selbstinfectionen an mir vorgenommen, immer jedoch mit negativem Resultat. Wer nicht dazu disponirt ist, bekommt kein Trachom trotz Infection, und wer dazu disponirt ist, bekommt es, wenn er sich auch noch so sehr davor zu schützen sucht. Die Letzteren gibt es in allen Ständen der Bevölkerung, sowie in allen Himmelsgegenden, weil eben die Skrophulose sich überall findet — auch in Menschenclassen, welche man „kerngesund“ zu bezeichnen pflegt, z. B. bei den Bauern. Ich glaube, dass diese von hier vertretene Anschauung uns auch für die Therapie gewisse Winke gibt: Die medicamentöse Therapie, ebenso wenig wie die operative, kann das Trachom nicht heilen, vor Allem aber es nicht ausrotten. Auch die Isolirung kann es nicht; man darf Trachomkranke nicht in Baracken einsperren und sie auf schmale Kost setzen. Sie brauchen im Gegentheil Licht, Luft und roborirende Diät. Mit dem Cuprumstift werden wir das Trachom niemals heilen und mit der Isolirung niemals aus der Welt schaffen — dazu bedarf es, wie zur Heilung verschiedener anderer Volkskrankheiten einer Besserung der socialen Verhältnisse.

Hydrorrhoea ovarialis intermittens.
(Hydrops ovarii profluens.)
Zur Lehre von den Tubo-Ovarialcysten.

Von Dr. Max Nassauer, Frauenarzt in München.

(Fortsetzung.)

Fassen wir nun das klinische Bild und den anatomischen Befund zusammen:

Eine Frau ist, wenn auch nicht mehr nachweisbar, gonorrhoisch inficirt. Sie lebt seit 5 Jahren von ihrem Manne getrennt und gebärt von einem anderen Manne ein Kind; hat zugestandenermaassen mit verschiedenen Männern verkehrt. Das sind — in einer Grosstadt — moralische Stützen für die Annahme einer Gonorrhoe, die nur noch abgelaufen nachweisbar ist. Im Anschluss an die Geburt eines faultodten Kindes erkrankt sie. Andere Krankheitsattaquen während der Schwangerschaft schob sie auf diese als solche. Nun leidet sie an Schmerzen im Unterleib, Kreuzschmerzen, Ausfluss. Die Schmerzen im Leib sind ansteigend, bis sie sich zu einer maximalen Höhe erheben. Sie sind dann so stark, dass Patientin sich das Leben nehmen will. Wem fiele nicht das Bild einer Gallensteinkolik, Nierensteinkolik ein? Es stellt sich dann plötzlich ein sehr reichlicher Ausfluss aus der Scheide ein und damit lassen sofort die Schmerzen nach; der Ausfluss ist so stark, dass die erfahrene Mutter (5 Geburten) ihn mit dem Blasensprung vergleicht. Nach einer solchen Attaque fühlt sich Patientin wieder allmählich wohl, bis die im Gefolge der Erkrankung sich stets neu einstellenden peritonitischen Reizungen abgeklungen sind. Das Resultat dieser peritonitischen Reizungen sehen wir in den allseitigen Adhaesionen. Patientin fühlt sich wohl, bis allmählich die Beschwerden wieder zunehmen, um von Neuem nach einer starken Flüssigkeitsentleerung wieder aufzuhören. Dieser

---

[4]) Der bacteriologische Befund (Deckglaspräparate) ergab Neisser'sche Gonococcen, welche als solche durch den Ausfall der Gram'schen Färbung gekennzeichnet wurden.

[5]) cf. Axenfeld: l. c., p. 576.

[6]) cf. Schlesische Aerztecorrespondenz. III. No. 3. 29. X. 1899.

[7]) Citirt nach Axenfeld l. c., p. 624.

[8]) Axenfeld l. c., p. 569.

[9]) Schmidt. Rimpler: Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhange mit anderen Krankheiten. Wien 1898. p. 494.

[10]) cf. Axenfeld: Bericht über den Heidelberger ophthalmolog. Congress 1897, p. 197.

[11]) Müller hat auch in seiner neuesten Arbeit (cf. Archiv für Augenheilkunde Bd. XL. p. 13 ff.) den Beweis nicht erbracht, dass der von ihm beschriebene Bacillus der wirkliche Erreger des Trachom ist.

[12]) cf. Axenfeld: l. c. 581—583.

[13]) cf. l. c., p. 563.

Vorgang wiederholt sich im Verlaufe eines Jahres 6—7 mal. Patientin bemerkt dabei selbst, dass sich vor dieser Entleerung und vor dem Aufhören der Schmerzen ein „Kloss“ in der linken Seite des Unterleibes bewegt und nach rechts fällt. Dieser „Kloss“ ist nach den Attaquen, wo allein eine Untersuchung möglich ist, nicht nachweisbar, aber undeutlich 2 mal während eine Anfalles zu fühlen. Die Flüssigkeit wird geschildert als die Wäsche steifend, weiss, milchig und äusserst übelriechend. Die Schmerzen sind so stark, dass sich die hochgradig ängstliche, heruntergekommene, anaemische Person zur Laparotomie entschliesst.

Es liegt auf der Hand, dass diese Entleerung von Flüssigkeit durch die Scheide ein Nachlassen der Schmerzen bewirkt, gerade wie etwa der Abgang von Gallensteinen die Schmerzen aufhören macht. Es ist ferner klar, dass diese Flüssigkeitsansammlung von den Genitalien kommt; dass sie irgendwo stagnirt haben musste, um plötzlich entleert zu werden. Im Uterus konnte sie nicht stagniren, denn äusserer, wie innerer Muttermund waren bei vielmaliger Untersuchung durchgängig; ja der äussere Muttermund für den Finger. Der Uterus war niemals vergrössert. Aus der Tube konnte die Flüssigkeit auch nicht kommen. Dagegen spricht der anatomische Befund von vorneherein: In dieser, wenn auch vergrösserten und verdickten Tube konnte soviel Flüssigkeit niemals Platz haben. Die erwähnten festen, strangulirenden Adhaesionsmembranen von aussen um die Tube herum, hinderten dieselbe an jeder Ausdehnung dem Umfang nach; die dicke Muscularis, wie sie der makroskopische und mikroskopische Befund zeigt, stellen es ausser Zweifel, dass eine Hydrosalpinx, die ja stets dünne Wände aufweist, nicht Ursache der Hydrorrhoe sein konnte. Sicherlich hat die überaus gewucherte katarrhalische Tubenschleimhaut besonders stark secernirt, aber wohl kaum stärker, als gerade ausreichend, um den Canal offen zu halten, ihn in etwas vergrössertem Maassstabe durchgängig zu halten. Schildern doch alle Beobachter einer Sactosalpinx serosa die Tubenwand als dünn ausgedehnt und nach der Entleerung einfach zusammengefaltet, nicht aber, wie bei uns, die Wände als solche auf das Vielfache verdickt und keinerlei Falten aufweisend. Anderseits haben die ungemein stark ausgeprägten Knickungen der Tube die Passage erschwert.

Gehen wir weiter, so finden wir im Ovarium die bei der Operation noch mandarinengrosse Ovarialcyste. Aus ihr entleert sich bei der Operation nach Einreissen der kleinen adhaesionsfreien Cystenwand seröse Flüssigkeit, die sofort aufgetupft, leider zur mikroskopischen Untersuchung nicht mehr verwendet werden konnte. Es waren am Operationstage gerade 10 Tage seit der letzten Hydrorrhoe verflossen. Der bis dahin entsprechenden klinischen Beobachtung nach konnte die Cyste auch noch nicht wieder völlig gefüllt sein. Aber sie enthielt doch schon reichliche Flüssigkeit. Nehmen wir nun an, die Cyste hätte sich in den nächsten Tagen oder Wochen allmählich wieder gefüllt. Wir sehen sie überall von straffen Wänden eingeschlossen bis auf die Kuppe. Die Cyste wird unter immer höheren Druck von innen kommen, die Wandung wird sich ad maximum ausdehnen, bis die Adhaesionen energisch Halt gebieten. Nun sind die riesigen Spannungsschmerzen da. An der Kuppe wird der Widerstand geringer sein. Aber mehr noch nach einer anderen Richtung hin: Zur offenen Tube! Das Tubenlumen ragt direct und unzweifelhaft in die Cyste hinein. Die Tube ist nach dem Uterus hin auch offen. Aber die Passage nach dem Uterus hin ist durch 3—4 sehr starke Kniekungen der Tube erschwert. Die Cyste ist straff gefüllt. Die Tube secernirt noch gleichfalls ... nun endlich entsteht ein Communicationsweg zwischen Tube und Cyste; nun ist eine Tubo-Ovarialcyste in vollster Bedeutung des Wortes hergestellt. Der Druck wird noch stärker, die Tube bemüht sich ad maximum ihre physiologische peristaltische Bewegung uterinwärts auszuführen und nun wird der ungemeine Druck die angesammelte Flüssigkeit durch den natürlichen Weg nach aussen pressen, nach dem Uterus zu: Hydrorrhoea. Der starke Druck hört auf, die Spannung, und klinisch die Schmerzen.

Eine wahrscheinlichere, lückenlosere Deutung dürfte es nicht geben; möglich wäre noch ein Platzen der Cystenkuppe nach innen, was in unserem Falle nie beobachtet werden konnte. Wir haben also das klinische Bild der intermittirenden Entleerung einer Ovarialcyste durch die Tube und den Uterus nach aussen. Wir haben den anatomischen Beweis im vorliegenden Präparat, gewonnen an der Lebenden. Es ist der erste in der Literatur verzeichnete Fall eines „Hydrops ovarii profluens“ anatomisch nachgewiesen.

Die alte Bezeichnung „Hydrops ovarii profluens“ ist für unsere heutigen Kenntnisse nicht mehr richtig. Wir denken uns heute unter „Hydrops ovarii“ etwas ganz Anderes. Die klinische Erscheinung ist nicht der „Hydrops“, der ja kaum nachweisbar ist, sondern die intermittirende „Hydrorrhoe“. Sie nimmt in diesem Falle ihren Ursprung aus dem Ovarium, also eine ovarielle Hydrorrhoe; man könnte nur noch im Zweifel sein, ob man dieselbe nicht eine „tubo-ovariale“ nennen sollte, da immerhin die Tube auch ein wenig zum Secret beiträgt. Da diese Bezeichnung die Tube zu sehr in den Vordergrund stellen würde, dürfte die klinische Benennung als „Hydrorrhoea ovarialis intermittens“ keinem Widerspruch begegnen.

Der Vorgang der Hydrorrhoea ovarialis (Hydrops ovarii profluens) ist nicht oft beobachtet. Sachse (i. J. 1839) im medicinischen Beobachter ist der Erste. Alle 4 Wochen, kurz vor der Periode, eine Hydrorrhoe. Später blieb die Geschwulst dauernd gross und wurde stets durch die Vagina punctirt. Nach 20 jährigem Bestehen schrumpfte sie ein.

Bei Spencer Wells (1874) wird folgender Fall citirt: Boinet beobachtete eine Frau mit sehr heftigen Schmerzen im Ovarium; Erbrechen; mehrere Monate nach einer Geburt. Das Ovarium faustgross; bei der geringsten Berührung sehr schmerzhaft. Er befürchtete eine Ruptur; wollte einen angenommenen Abscess öffnen; da entleerte sich spontan durch die Scheide mehr wie ein Liter einer Materie: „wässerig, schleimig, die auf der Wäsche Spuren hinterliess ähnlich denen des Spermas“. Alle Symptome verschwanden sofort. Aber seitdem entleerte sich (seit 3 Jahren) beständig durch die Scheide ein Ausfluss, der sich bald vermehrt, bald vermindert. Spencer Wells sah selbst eine Dame mit einer grossen Cyste. Als er punctiren wollte, erfuhr er, dass einige Stunden vorher plötzlich ein seröser Ausfluss aus der Scheide eintrat, welcher noch anhielt, während der Umfang des Leibes sichtlich abnahm. Die Flüssigkeit war dem Liquor amnii sehr ähnlich und nach Einführung des Speculums sah er deutlich dieselbe aus dem Muttermunde hervorquellen. Die Cyste, „welche offenbar aus einer Vereinigung der Tube mit einer Eierstockscyste bestanden hatte, bildete sich nicht wieder.“ Anderson erwähnt ebenfalls einen Fall, bei dem die Punction gemacht werden sollte, die Kranke „liess Tage vorher eine grosse Menge „Urin“, wie sie meinte, so dass all' ihre Beschwerden verschwanden. Dies hielt eine Zeit lang an; es war diese Flüssigkeit ein „eiweisshaltiges Serum mit Cholestearinplatten“. Bei der Section war eine grosse Cyste vorhanden; ein starkes Bougie glitt von ihr aus mit Leichtigkeit in die Tube und den Uterus und die Scheide. An diesen Fall anschliessend, sagt Burnier (1880): „Wir wissen aber gar nicht, ob und wie der Eierstock an der Wandung dieser Cyste betheiligt war. Es ist das um so mehr zu bedauern, als hier vielleicht der einzige Fall vorliegt, wo eine anatomisch beobachtete Tubo-Ovarialcyste zu den Erscheinungen eines Hydrops ovarii profluens geführt hat. Von allen anderen, die als Hydrops ovarii profl. beschrieben werden, liegt kein einziger Sectionsbefund vor. Blasius hatte 1834 2 Fälle beschrieben; in einem ist Ausfluss dagewesen, die Kranke aber genesen; es fehlt ein Sectionsbefund. Im 2. Fall ist der Sectionsbefund da, es wird aber gesagt, dass die klinischen Erscheinungen, die im ersten Falle da waren, fehlten. Man muss desshalb immer an die Möglichkeit einer Hydrosalpinx, also eines Hydrops tubae profluens denken; es ist noch nicht festgestellt, ob es im Leben vorkommt und der Fall von Hennig (1876) genügt nicht, um die spontane Entleerung durch die natürlichen Wege als beweisend anzunehmen. Es ist also die Frage noch nicht entschieden, ob die Tubo-Ovarialcysten jemals eine solche Grösse erreichen, dass ihr Druck im Stande sei, den normalen Tonus des uterinen Endes der Tube zu überwinden. Möglich ist es, aber ich wollte hier nur hervorheben, dass es noch nicht sicher constatirt ist.“ Nun, unser Fall füllt diese Lücke aus und wenn Burnier, der die ganze Frage am eingehendsten studirt hat, diese Lücke empfindet, wird unsere Beobachtung ihre ausführliche Beschreibung rechtfertigen. Im Uebrigen ist eine „solche Grösse der Cyste, um den normalen Tonus des uterinen Endes zu überwinden“ gar nicht nöthig. Im Gegentheil dürfte eine recht grosse Cyste eine um so dünnere

Wandung haben und eher eine innere Ruptur erleiden. Die durch Adhaesionsmembranen verstärkte Wandung wird viel grösserem Druck widerstehen und grösseren Druck ausüben können. Aber auf alle diese vorhergegangenen Entzündungserscheinungen nimmt Burnier keine Rücksicht, ein ungemein wichtiges Moment, auf das ich bei der Besprechung der Aetiologie der Tubo-Ovarialcysten zurückkommen werde.

West (1870) hatte eine Kranke, die seit 6 Jahren eine erhebliche Anschwellung des Abdomens bemerkt hatte. Dieselbe verschwindet dann plötzlich während eines profusen wässerigen Ausflusses aus der Vagina. Dasselbe trat später noch 8—10 mal ein. Die Flüssigkeit war stets farblos und öfters waren es mehrere Quart, die herausstürzten. Die Entleerung erfolgte einigemale bei der Defaecation oder bei einer Anstrengung. Sie hatte wiederholt Ohnmachten zur Folge. West überzeugte sich selbst von dem Bestehen eines Tumors, der hoch über der Vagina lag und beweglich war, sowie von seinem Verschwinden. Er kehrte dann langsam in Wochen wieder. Der Uterus war beweglich, die Vagina zeigte keinerlei Oeffnung. Er knüpft daran die Bemerkung, dass sicherlich manchmal ähnliche Fälle als Beispiel von Durchbruch nach der Vagina angesehen und beschrieben sein können. Diesen Fall citirt Olshausen 1886, der bis dahin noch keinen solchen Fall beobachtet hatte. Frankenhäuser und Hausmann beschrieben 1876 den ersten, wie sie sagen, Fall, der klinisch und anatomisch in seiner Entwicklung genau beobachtet wurde. Ihnen gelang es auch, durch einen auf die Cyste ausgeübten Druck Flüssigkeit durch die Eileiter nach aussen zu pressen und damit experimentell den Nachweis dieser Möglichkeit zu bringen. Der Hydrops hatte sich alle 4 Wochen regelmässig entleert; kurz vor der Periode.

Schramm und Neelsen beschreiben 1890 einen Fall sehr ausführlich. Es wurde eine linksseitige, mannsfaustgrosse Geschwulst diagnosticirt, die nach 4 Wochen wieder verschwand; während der vorausgegangenen Periode war sehr reichlich blutigwässerige Flüssigkeit abgegangen und damit hatten die Schmerzen nachgelassen. Noch mehrere Jahre lang fand ein periodischer sehr übelriechender Ausfluss statt, bis bei einer Operation eine Tubo-Ovarialcyste vorgefunden wurde, die nach allen Seiten durch starke peritonitische Verwachsungen angeheftet war. Die über darmdicke Tube ist darmähnlich gewunden und geht in die vom Ovarium gebildete Cyste über. Die Entfernung der Geschwulst war sehr schwierig: Erst nachdem sie an ihrem untersten Umfang gelöst und der Bauchwand genähert werden konnte, platzte sie und konnte nun entfernt werden. Aus zwei gerissenen Stellen der Geschwulst kamen etwa 200 g wässerige, mit Eiterflocken durchsetzte, blutig gefärbte Flüssigkeit in die Bauchhöhle. Wahrscheinlich war eine Gonorrhoe vorhergegangen.

Das ist Alles, was ich von Casuistik der **klinischen** Erscheinungen der Hydrorrhoea ovarialis beschrieben finden konnte. Die periodische Entleerung des Tubeninhalts nach aussen wurde bisweilen beobachtet. Immerhin wird sie noch für selten gehalten. Scanzoni glaubte 1867, „dass das im Ganzen seltene Ereigniss der Communication des erweiterten Tubencanales mit einer Ovarialcyste zum Hydrops **tubae** profluens führe. Hat sich hier eine gewisse Menge von Flüssigkeit angesammelt, so dehnt sie allmählich auch die dem Uterus zugekehrte Hälfte der Tube aus und bedingt schliesslich die Möglichkeit des Ausflusses in die Uterushöhle und Vagina. Dieser erfolgt dann gewöhnlich plötzlich, so dass eine grosse Menge von Flüssigkeit aus den Geschlechtstheilen hervorströmt und oft ein sehr auffallendes Zusammensinken der Cyste zur Folge hat. Letztere füllt sich aber in der Regel wieder ziemlich rasch, dehnt allmählich die Tube wieder aus und so kann sich dieser Vorgang in verhältnissmässig kurzer Zeit oft wiederholen." Merkwürdiger Weise erwähnt Scanzoni nichts von Schmerzen; wie er denn auch Tubenhydrops und Ovarialcyste ein wenig durcheinander wirft.

A. Martin hat unter 500 Fällen von Salpingitis nur 4 mal tubare Hydrorrhoe gesehen; diese 4 Fälle seien ohne Operation geheilt: „Die Ansammlung des Secretes vor dem Abfluss erfolgte unter spannenden Schmerzen in der betreffenden Seite des Leibes. Die Entleerung erfolgt ohne nachweisbare Ursache und führt, nachdem der Schreck über den plötzlichen Abfluss der grossen Menge übelriechenden Flüssigkeit (den er übrigens in keinem Falle zur Untersuchung bekommen konnte) überwunden war, zu einer relativen Euphorie." Es ist schade, dass diese 4 Fälle nicht zur Operation kamen; dadurch ist es zweifelhaft, ob es nicht auch Tubo-Ovarialcysten waren. Bis in jüngster Zeit referirte Martin über 1700 Fälle von Tubenerkrankungen mit nur 8 hierhergehörigen!

Von einer Entleerung nach innen, nach der Bauchhöhle zu, berichtet Sommer 1890: Patientin gleich nach der Hochzeit schwere Unterleibsentzündung (Gonorrhoe?). Links seit einiger Zeit furchtbare Schmerzen. Neben dem Uterus eine apfelgrosse Geschwulst, die von Zeit zu Zeit unter ganz besonders starken Schmerzen rupturirte und nach ihrer Entleerung in die Bauchhöhle tagelang nicht zu finden war. Später Operation: „Eine mit der Tube, sowie mit dem adhaerenten Ovarium communicirende Cyste im Lig. latum von zahlreichen peritonitischen Strängen überbrückt. Auf der rechten Seite eine ähnliche Cyste in Bildung begriffen." Dass das Tubensecret aus der Tube in den Uterus sehr leicht gelangen kann, zeigte Ziegenspeck, der 33 Beobachtungen aufzählt, bei denen der Tubeninhalt durch Massage in den Uterus gestrichen wurde.

Unser Fall nun zeigt die Tube und das Ovarium sammt seiner Cyste zu einer einzigen Geschwulstmasse verbacken. Da ein Theil der Wand der Cyste von der (offenen) Tube gebildet ist und eine ständige Communication zwischen Tube und Ovarialcyste besteht, ist der anatomische Befund unzweifelhaft der einer Tubo-Ovarialcyste. Und als solcher ist er sehr geeignet, ein Licht zu werfen auf das vielumstrittene, interessante Gebiet des Zustandekommens der erworbenen Tubo-Ovarialcysten. Nur von diesen sei hier im Folgenden die Rede.

Bei den Tubo-Ovarialcysten (Richard hat 1853 diesen Namen gegeben) findet man stets eine der Tube und dem Ovarium gemeinsame Höhle; sehr oft findet man die Fimbrien der Tube mit ihrer äusseren serösen Fläche innig verwachsen mit der Innenwand der Ovarialcyste; die Ampulle, oder das äussere Drittel der Tube ebenfalls erweitert und die gemeinsame Höhle bildend, indem gewöhnlich von Aussen ein merklicher Ring diese Vereinigungsstelle anzeigt. Dieser merkwürdige Befund hat vielfache Controversen gezeitigt in Bezug auf die Aetiologie dieser Gebilde. Als vorläufige Resultate ergaben sich die Schlagworte:

Ovulationstheorie (Richard).
Katarrhtheorie (Veit, Burnier).
Combination beider (Rosthorn).

Richard nimmt an, dass die gelegentliche Ursache eine regelmässige Umklammerung des Ovarium von Seiten der Tube sei, zur Zeit des Bestehens eines Follikels. Dieser Follikel sei derartig erkrankt (?), dass er nach erfolgter Berstung nicht zusammenfällt, sondern weiter secernirt. Die Tube ihrerseits zieht sich nicht zurück (warum? Verf.), sondern fängt auch an zu secerniren. Sie verlöthet mit dem Ovarium oder es verwachsen die Ränder der Fimbrien mit den zerrissenen Rändern des Follikels zusammen. Er nimmt auch an, dass die Fimbrien miteinander verwachsen können, ohne dass sie sich umstülpen und ohne die Tube zu schliessen. Er bringt im Ganzen 6 Fälle. Er hielt die Tube bei der Operation für eine gewundene Darmschlinge. Die Tube und Cyste communicirten breit, und ein auf die Cyste ausgeübter Druck führte den Inhalt bis zum Uterus fort. Am abdominalen Ende war ein „gewisser Ring, eine Klappe". Sein eigener Fall scheint übrigens unserem zu ähneln, wenn ich recht verstehe: on voit la poche tubaire s'ouvrir par un orifice rétréci et régulièrment circulaire dans l'interieur d'un kyste ovarien creusé au centre même de cette glande.

Diese Theorie hat gewiss viel für sich. Rokitansky schloss sich ihm auch an, nur dass er die Ovarialcyste aus einer cystischen Degeneration des Corpus luteum hervorgehen lässt.

Aber warum zieht sich die Tube nicht zurück? Warum fängt diese nachher an zu secerniren? Nein, meiner Ansicht nach, und ich werde sie später begründen, secernirt die Tube zuerst und zwar Eiter! Zuerst kommt es zu Verwachsungen, zu umschriebenen Entzündungen. Dadurch wird die Tube erweitert und dann festgehalten. Der ausfliessende Eiter entzündet auch das Ovarium und packt es in die Adhaesionen ein. Platzt nun ein Follikel mit schon in Mitleidenschaft gezogener Wandung, dann fliesst wohl auch Eiter in die Höhle und das eiterige Secret lässt nun, wie jede andere Wunde auch, den Follikel nicht zusammenfallen.

Dies als Vorbedingung, ist Richard's Theorie im Grundprincip richtig. Aber damals (1853, 1856) hatte man noch keine richtige Vorstellung über das Wesen der „Entzündung", und darum wurde das Primäre und Secundäre naturgemäss nicht auseinander gehalten. So konnte auch Spencer Wells sich dahin äussern: Die Fimbrien der Tube haben während einer Menstruation einen Theil des Eierstocksgewebes umfasst, als die Berstung eines reifen Follikels bevorstand. Anstatt sich zurückzuziehen, blieben die Fimbrien am Eierstock hängen, reichliche Secretion von Flüssigkeit folgte, es bildete sich eine Cyste. „Es ist merkwürdig", meint er, „dass in solchen Fällen der ovariale Theil der Cyste sehr schnell ausgedehnt wird, obwohl man erwarten könnte, dass die Wand der Tube dem Drucke der Flüssigkeit leichter nachgebe". Auch er hat die vorausgegangenen Entzündungsvorgänge ausser Acht gelassen. Die Bedenken dieser Autoren führen von selbst zur Katarrhtheorie, wie sie Veit 1867 aufstellte: Ein „Katarrh" der Tube und der Graaf'schen Follikel bilden den Ausgangspunkt. Der „Katarrh" gibt zur gleichzeitigen Verlöthung beider Organe Veranlassung und hinterher treten erst die entstandenen Säcke in Communication. Auch Klob wollte diese Theorie später gelten lassen. Wenn diese Ansicht schon einen Fortschritt bedeutet, so sagt der „Katarrh" doch zu wenig. Ueber „Katarrhtheorien" sind wir im Allgemeinen in der Medicin hinausgekommen. Wenn wir eine infectiöse Entzündung in ihrer Folge einen „eitrigen Katarrh" nennen dürfen, und wenn schliesslich der Gonococcus als hauptsächlichster Träger der Infection in dieser Körperregion bekannt ist — so wird nach der Katarrhtheorie eine Gonorrhoe als allererster Anstoss zur Tubo-Ovarialcystenbildung anzusprechen sein dürfen.

Halten wir nun daran fest, dass eine bacterielle (gonorrhoische) Infection das allererste ist, und die nothwendige Voraussetzung ist. Wie nun kommt es zur Cystenbildung?

Burnier hat 1880 zuerst wahrgenommen, dass die Tubenschleimhaut sich in strahlenförmigen Ausläufern in die kugelige Endcyste an deren Innenwand fortsetzt. Er hat im Ganzen 12 anatomische Beschreibungen sammeln können; 8 klinische Beobachtungen. Er gibt die Theorie seines Chefs Schröder, „welche dieser die Güte hatte anzugeben und die in der That eine ganz genügende Erklärung des eigenthümlichen anatomischen Befundes gibt". Wir werden sehen, dass diese nicht richtig ist, und er sich selbst später verbessert. Er meint, in Folge einer Entzündung des Bauchfells in der Nähe des abdominellen Tubenostiums kommt ein Verschluss desselben zu Stande. Die Fimbrien werden nach innen umgestülpt und verwachsen dann aussen auf ihrer peritonealen Fläche. Darnach entsteht ein Hydrosalpinx. Diese Cyste nimmt stetig zu. Wenn nun ein reifender Follikel erscheint, wird sein Platzen unmöglich gemacht durch die daraufliegende Tube. In Folge dessen wird der Follikel hydropisch, dehnt das umgebende Ovarialgewebe aus, beide Cystengeschwülste kommen in immer grösserer Ausdehnung in Berührung und verlöthen miteinander. Sie dehnen sich immer mehr aus, die Fimbrien werden mechanisch wieder auseinander gedehnt und die Verwachsungen so wieder getrennt. Nun stülpen sich die Fimbrien aus und schwimmen in der Flüssigkeit. Diese Erklärung konnte sich lange behaupten, so gezwungen und unwahrscheinlich sie ist. Wie sollen starke seröse Verwachsungen der Fimbrienenden durch den Zug des wachsenden Follikels sich wieder lösen? Hat man das je erlebt? Die angegebene vorausgegangene Entzündung des Bauchfells in der Nähe des abdominalen Tubenendes ist sicher richtig; nur ist es absolut unnöthig, dass ein Verschluss der Tube zu Stande kommen muss. Er kommt wohl sehr oft vor; dann aber wird niemals eine Tubo-Ovarialcyste daraus entstehen. Zahn erwidert, und mit Recht, darauf, dass noch niemals ein Tubenhydrops beobachtet worden sei, bei dem die Fimbrien in's Tubenlumen hineingestülpt gewesen seien. Auch Burnier selbst hat dieses sein Uebergangsstadium nie gesehen.

Burnier's Patientin litt auch an einer „Perimetritis". Wenn er behauptet, dass durch den eitrigen Katarrh der Tube die Fimbrien nach innen umgestülpt werden und sich mit ihrer peritonealen Fläche verkleben und verwachsen, so ist das sicherlich nicht richtig! Im Gegentheil: Ueberall im ganzen Körper wird der Eiter stets eine Oeffnung erhalten, selbst dort, wo wir keine wünschen; er wird im Gegentheil jede Verklebung eines Canals verhindern. Nach der Verklebung soll erst ein Hydrops entstehen, der so stark im Drucke ist, dass er die Verwachsungen wieder löst! Wird da nicht vielmehr der starke Druck das Secret nach dem Uterus auspressen? Schliesslich weiss Burnier von allen bis dahin beschriebenen Fällen nur auf drei seine Theorie anzuwenden (je einen von Rokitansky, Hildebrand, Hennig, die ich hier nicht ausführen will, die aber sämmtlich eine andere Deutung zulassen), ich möchte sagen ihnen aufzudrängen und gibt als Ursache die „Unvollkommenheit der meisten Beschreibungen" an. Runge und Thoma haben 1885 an der Hand eines Falles sehr eingehend bis dahin den Stand der Frage zusammengestellt, ohne sich selbst für irgend eine Theorie bestimmt auszulassen. Der Fall, der klinisch zu wenig ausgeführt ist, zeigte keine Adhaesionen! Dagegen „liess sich der Nachweis einer Perimetritis sowohl anamnestisch als auch anatomisch sicherstellen. Da indessen dieselbe begrenzt verlief, so führte sie nur zu einer Verwachsung von Tube und Ovarium. Das Lumen der dünnwandigen Cyste geht durch eine halsförmige Verengerung über in das Lumen der mässig erweiterten Tube. Die Tubenschleimhaut geht faltenförmig über in die innere Cystenwand. Die Tube ist in ihrer ganzen Länge durchgängig, wenn auch in der Nähe des uterinen Endes ihre Lichtung sehr eng erscheint. An der äusseren Fläche des tubaren Abschnittes der Cyste bemerkt man einige circumscripte bindegewebige Verdickungen des Peritonealüberzuges. Die Annäherung von Ovarium und Tube mag durch Narbenzug entstanden sein." Tischendorf fand bis 1890 24 Fälle von diesen Tumoren beschrieben und spricht sich für die Veit'sche Theorie aus. Im Februar 1891 zeigte Gottschalk in der Gynäkologischen Gesellschaft zu Berlin eine linksseitige Tubo-Ovarialcyste und am 13. März desselben Jahres ein ähnliches Präparat. Er vergleicht dasselbe mit einer Tulpe, in deren Kelch die Tube als Stengel, die Fimbrien als Staubfäden ragen. Das uterine Ende der Tube war nicht erweitert. Er nimmt primär einen Graaf'schen Follikel an, dem schliesslich das ganze Ovarium zu Opfer fiel. Unter dem steigenden Druck des Cysteninhalts erfolgte an einer verdünnten Stelle die Ruptur der Cystenwand. Und in die Risswunde schlüpfte das Fimbrienende der aussen adhaerenten Tube hinein. Die Ränder der Risswunde legen sich von aussen an die Tubenwand und verwachsen mit derselben entzündlich. So konnte sich dann die Flüssigkeit in der Cyste wieder ansammeln und auch in das Tubenlumen treten, die Tube wurde dadurch secundär erweitert. Aus der Tube entleert sich bei der Menstruation Blut in die Cystenflüssigkeit." Dass wirklich die Eierstockerkrankung das Primäre sei, dürfte zweifelhaft sein; wieso ist dann die Tube adhaerent? Voraussichtlich war die Tube auch vorher erkrankt; zum erstenmal wird von Gottschalk die Ansicht ausgesprochen, dass die Tube in die Ovarialcyste hineingeschlüpft sei. Nach Gottschalk fasste Rosthorn 1892 seine Anschauungen also zusammen: Als Vorbedingung für die Entstehung der Tubo-Ovarialcysten ist die entzündliche Veränderung der Gebärmutteranhänge und deren Bauchfellüberzüge festzuhalten. Die Versuche einzelner Forscher, dieselben auf congenitale Ovarialtuben zurückzuführen, muss zurückgewiesen werden. Letzteres dürfte unrichtig sein. Es gibt eine solche Art von Cysten, die ich aber von vornherein bei dieser Betrachtung ausschliessen will, die beschrieben sind. „Echte Ovarialcystome und sogen. Follikelcysten können mit einer schon vorher angelötheten erkrankten Tube durch Eiterung oder Druckatrophie der gedehnten Zwischenwände in Communication treten. In jenen Fällen, in welchen die Fimbrien oder deren Reste in die Innenfläche der Cystenwand zu liegen kommen, muss angenommen werden, dass die vorher schon abnorm gelagerte Tube mit ihrem Pavillon während des Ovulutionsprocesses in den geplatzten Follikel hineinfällt oder hineinschlüpft, in dieser Stellung mit der Cystenwand verwächst und so zur Bildung eines gemeinsamen Raumes führt." Zahn (1898) hinwiederum glaubte zum Schlusse zu gelangen, dass es eigentlich keine Tubo-Ovarialcysten gebe; es seien dies reine Tubencysten, bei denen das Ovarium einfach in die Cystenwand eingeschlossen ist, wie ein in einen Ring eingesetzter und nach innen vorspringender Stein.

(Schluss folgt.)

Entgegnung auf den Artikel des Herrn Professor Dr. Hofmeier: Zur Behandlung der Nachgeburtszeit.

In No. 48 des letzten Jahrganges der Münch. med. Wochenschr. bringt Herr Hofmeier unter obiger Ueberschrift einen Artikel, der damit schliesst, dass der Herr Verfasser, welcher einheitliche Principien in der Desinfection für das ganze deutsche Reich für durchaus nöthig erachtet, empfiehlt, die Desinfection der äusseren Genitalien und der Scheide vor geburtshilflichen Operationen obligatorisch zu machen und ihre Nichtausführung als einen nach dem Strafgesetzbuche zu ahndenden Kunstfehler zu bezeichnen.

Die Unterzeichneten wurden von der Versammlung in der Sitzung der Hamburgischen Geburtshilflichen Gesellschaft vom 6. Februar 1900 beauftragt, zu erklären, dass, ganz abgesehen von der wissenschaftlichen Frage, die schon in dieser Wochenschr. beleuchtet wurde, es inopportun erscheine, wissenschaftliche Methoden unter den Schutz und Zwang des geschriebenen Rechtes zu stellen. Es wurde hervorgehoben, dass das Bestreben, möglichst einheitliche Verfahren zu schaffen, nur zu billigen und zu fördern sei. Es sei aber eine ethische Forderung des Standes, dass dieses nur durch autoritative Belehrung geschehe. Die Anrufung des Strafrichters, zumal bei noch flüssigen Anschauungen, erscheine als eine Gefährdung des ärztlichen Praktikers, eine Gefahr, die bei dem Ansehen des Herrn Verfassers eine besonders urgente sei.

I. A.:

Der Vorsitzende: Dr. Staude. — Der Schriftführer: Dr. Rösing.

Referate und Bücheranzeigen.

Prof. Dr. **A. Cramer**-Göttingen: **Gerichtliche Psychiatrie.** Ein Leitfaden für Mediciner und Juristen. Zweite, mit besonderer Berücksichtigung des bürgerlichen Gesetzbuches für das Deutsche Reich vermehrte und verbesserte Auflage. Jena, Fischer 1900. 301 Seiten. Preis 6 M.

Das in No. 37, 1897 der Münch. med. Wochenschr. in erster Auflage angezeigte Werk hat eine bedeutende Erweiterung erfahren. Namentlich ist in ganz vorzüglicher Weise die Tragweite der einschlägigen Bestimmungen des deutschen bürgerlichen Gesetzbuches discutirt. Bei seinem klaren, knappen Stil, der Prägnanz der überall eingestreuten Beispiele und bei seiner Vollständigkeit gibt das Buch eine in Form und Inhalt gleich vortreffliche Anleitung für den Arzt wie auch für den Juristen, der sich in dieser Materie orientiren will.

Bleuler-Burghölzli.

Andreae: Die Verletzungen des Sehorganes mit Kalk und ähnlichen Substanzen. Leipzig 1899. W. Engelmann. Preis 5 M.

Manchem dürfte eine Abhandlung über Kalkverbrennung des Auges, welche 178 Seiten einnimmt, etwas zu gross angelegt erscheinen; bei Durchlesen des schön und klar geschriebenen Buches wird man aber finden, dass kein Wort zu viel gesagt ist.

Nachdem Verf. in der Einleitung, in welcher er die mannigfachen Arten der Augenverletzungen durch thermische und chemische Einwirkung kurz skizzirt, die so vielfach zusammengeworfenen Begriffe: „Verbrennung und Verätzung“ trennt und darauf die verschiedenen einfachen und zusammengesetzten Calciumverbindungen und Gemenge, ihre Löslichkeit und chemische (ätzende) Wirkung beschrieben hat, weist er nach, dass die Calciumpräparate, als deren Prototyp das Kalkhydrat anzusehen ist, auf die Bindehaut im Wesentlichen durch die Gewebszerstörung auf chemischem Wege, auf die Hornhaut durch diese und besonders durch die Beeinträchtigung der Transparenz ihre schädigende Wirkung ausüben. Die Beeinträchtigung der Durchsichtigkeit der Hornhaut ist in erster Linie durch Bildung von Calciumalbuminat, dann durch die Narbenbildung bedingt.

Die Annahme einer thermischen Wirkung des ungelöschten Kalkes bei Wasserzutritt weist Verf. als falsch nach und nimmt hiebei schon Anlass, auf Ausspülen der Hornhaut und des Bindehautsackes mit frischem Wasser in mässigem Strahle als bestes und möglichst frühzeitig, daher schon von den zunächst anwesenden Laien anzuwendendes Mittel hinzuweisen. Dieses Thema wird nun weiter in anregender Weise fortgeführt, indem die Nutzlosigkeit bezw. Schädlichkeit aller anderen Mittel, insbesondere der chemisch wirkenden, nachgewiesen und nur die schonende mechanische Entfernung von Kalkstückchen in zweiter Linie als anwendbar empfohlen wird.

Nachdem so einem lange bestehenden Vorurtheile mit Entschiedenheit entgegengetreten ist, wird ausser der Therapie der Folgezustände auch die Prognose besprochen, bei der grosse Vorsicht empfohlen wird, und werden treffende Bemerkungen über Unfallversicherung und Prophylaxe angeschlossen.

Eine Zusammenstellung der wichtigeren Ergebnisse der vorstehenden Capitel und ein vollständiges Literaturverzeichniss bilden den Schluss der ganz vorzüglichen Schrift. Seggel.

Winternitz: Leitfaden für die Schwangerenuntersuchung. Leipzig, A. Georgi, 1900. Preis M. 3.—.

Der Leitfaden ist für Anfänger geschrieben. W. verfolgt den Zweck, das Erlernen der Untersuchung Schwangerer und Kreissender zu erleichtern. Durch Beigabe zahlreicher Abbildungen sucht er dieses zu erreichen, die unmittelbar nach der Natur gezeichnet oder nach photographischen Aufnahmen wiedergegeben sind.

Ich bin der Ansicht, dass man dem Lernenden das schwere Gebiet der geburtshilflichen Untersuchungskunst dadurch am besten erleichtert, dass man ihn zwingt, sich an der Lebenden zu üben.

Die Geburt und die Schwangerschaft, ein natürlicher Vorgang, lässt sich nur an der Lebenden erlernen. Dem Lernenden aber wird durch Atlanten nur Gelegenheit gegeben, sich auf bequeme Weise ein gewisses Wissen anzueignen, auf Grund dessen er die Untersuchung an der Lebenden vernachlässigt, eine Erfahrung, die man an jeder Klinik machen kann.

Daher halte ich den Zweck, den derartige Atlanten auf diesem Gebiete verfolgen, von vorneherein für verfehlt.

Der den Atlanten beigegebene Text kann aus äusseren Gründen nur knapp sein und genügt für den Lernenden nicht.

Es wäre an der Zeit, dass Lehrer der Geburtshilfe mehr auf ernstes Studium eingehender guter Lehrbücher und fleissigere Uebungen an der Lebenden öffentlich hinwiesen, als durch Vermehrung der Zahl der „Compendien“ den Zwang zu ernster Arbeit zu untergraben.

Der Leitfaden von W. steht zwischen einem Lehrbuch und einem Atlas.

Die Anforderungen, die man an Abbildungen eines Atlas stellen kann, sind erfüllt, besonders dieArten der Beckenmessung sind durch Bilder gut klargelegt. Viele Abbildungen (Mammae, Vulvae) sind überflüssig. Der Inhalt lässt Vieles zu wünschen übrig, wie in allen „Compendien“.

Es finden sich Unrichtigkeiten, Nothwendiges fehlt, Anderes wird zu ausgedehnt beschrieben. Sollte das Büchlein noch eine Auflage erleben, so wäre auf Folgendes zu achten, Alles lässt sich hier nicht anführen.

Es ist unrichtig, die Durchschnittszahl der Herztöne der Frucht auf 140—160 anzugeben. Das Uteringeräusch ist kein sicheres Schwangerschaftszeichen, dagegen das Hören kindlicher Bewegungen, eine Angabe, die fehlt. In der Besprechung der Anamnese ist nicht berücksichtigt: Gonorrhoe, Syphilis, Tuberculose, Tod und Leben der früheren Kinder, Zeitraum zwischen letzter Entbindung und vorliegender Schwangerschaft, Aborte.

In der Besprechung der Anfertigung des Status fehlt das Chloasma uterinum. Die Brüste erfahren eine eingehende Besprechung und bildliche Vorführung, doch fehlt der Hinweis auf das Verhältniss von Fettgewebe und Drüsenkörper.

Die Formveränderungen des Bauches bei verschiedenen Kindeslagen und abweichenden Formen der Gebärmutter fehlen gänzlich.

Das Ligamentum rotundum in seiner Bedeutung für die Diagnose ist in keinem Abschnitt erwähnt.

Die Besprechung der Auscultation geht über das Hören der Kindsbewegungen zu flüchtig hinweg. Viele Begriffe (Beckenweite, Beckenenge u. s. w.) werden nicht erklärt.

Als Anhang gibt W. ein „Schema“ zur Untersuchung Schwangerer, Kreissender und Wöchnerinnen. Da das Neugeborene auch berücksichtigt wurde, durfte der Fruchtkuchen nicht fehlen. Aichel-Erlangen.

Neueste Journalliteratur.

Archiv für klinische Chirurgie. 60. Band, 4. Heft. Berlin, Hirschwald, 1900.

28) Coste: **Zur Therapie der Patellarfracturen.** (Bergmann'sche Klinik Berlin.)

Seit dem Jahre 1893 wird in der Bergmann'schen Klinik sowohl bei frischen, als bei alten Fracturen der Patella grund-

sätzlich von der Naht der Bruchenden Gebrauch gemacht. Auf 25 Fälle von Verletzung des Streckapparates in der genannten Zeit kamen 21 Fracturen, die durch die einfache Knochennaht behandelt wurden. Das Verfahren ist im Wesentlichen folgendes: Längsschnitt etwa 12 cm lang. Eröffnung des Gelenks und Austupfen der Blutgerinnsel. Gegenincisionen an der Innen- und Aussenseite, in welche später Jodoformgazestreifen eingelegt werden. Naht der Bruchenden mit Aluminiumbronzedraht. Gipsverband, der das Becken einschliesst. Am 7. Tage Entfernung der Nähte und der Gazestreifen von einem Fenster aus. Der erste Verband wird nach 21 bis 28 Tagen entfernt, von da ab nur noch hintere Schiene bis zum 35. Tage, und jetzt Bewegungen und Knieschutzkappe. Von den 21 Patienten trat bei zweien trotz aller Vorsichtsmaassregeln nach der Entlassung ein abermaliger Riss der Bruchenden ein, bei einem konnte zum zweiten Mal mit Erfolg die Naht ausgeführt werden. Ein Patient ging am 40. Tage an einer Lungenembolie zu Grunde. Von den übrigen 18 Kranken sind 14 soweit hergestellt, dass sie ihren Beruf wieder aufnehmen konnten, bei 4 blieb eine grosse Schwäche und Unsicherheit zurück.

Schwerere Störungen des Wundverlaufes kamen nicht vor.

In 2 von den 25 Fällen musste die Tuberositas tibiae abgemeisselt werden, um eine Vereinigung der weit klaffenden Bruchenden zu ermöglichen. In einem Falle war die Rectussehne oberhalb ihres Ansatzes an die Patella, in 2 Fällen die Tuberositas tibiae abgerissen.

29) Ehrhardt: **Ueber einige seltenere Schleimbeuteleerkrankungen.** (Chirurg. Klinik Königsberg.)

1. Haematom der Bursa subserrata. Das eigenthümliche des Falles bestand darin, dass die Pat. durch eine Armbewegung die Geschwulst von der Vorderseite der Scapula auf deren Rückseite luxiren konnte. Die Bursa ist von Terillon entdeckt und bisher nicht wieder beschrieben worden.

2. 3 Fälle von Hygrom der Bursa subdeltoidea. In 2 Fällen wurde Tuberculose sicher nachgewiesen, in dem 3. Falle war sie wahrscheinlich. In einem Fall enthielt die Geschwulst einen eiterigen Inhalt — Mischinfection. Klinisch stellt sich die Erkrankung immer als eine unter dem M. deltoideus gelegene, fluctuirende Geschwulst dar, welche nirgends über das Bereich des genannten Muskels hinausragte.

3. Tuberculöse Erkrankung der Bursa mucosa sacralis.

4. Tuberculöses Hygrom der Bursa M. semimembranosi.

5. Secundäre Erkrankung der communicirenden Gelenkschleimbeutel bei Kniegelenkstuberculose.

Instructive Abbildungen erläutern die Lage der Schleimbeutel.

30) Kukula: **Ueber ausgedehnte Darmresectionen.** (Maydl'sche Klinik Prag.)

K. veröffentlicht 5 Fälle von ausgedehnter Darmresection, unter welchen 2 mehr als 2 m Dünndarm betrafen. Besonders bemerkenswerth ist der 5. Fall, in welchem behufs Exstirpation eines retroperitonealen tuberculösen Lymphoms 237 cm Dünndarm entfernt werden mussten, und wo bei der später gemachten Section sich der zurückbleibende Dünndarm als 110 cm lang herausstellte; es waren also mehr als zwei Drittel des Dünndarms exstirpirt, mit dem Rest hatte Patientin sich 2 1/2 Jahre hindurch völlig wohl befunden. Als eine unbedingte Nothwendigkeit für das Gelingen und den Dauererfolg bei über 2 m betragenden Kürzungen des Dünndarms sieht K. die primäre Darmvereinigung an. Was die Dickdarmresectionen betrifft, so sind dieselben, falls der allgemeine Zustand günstig ist und keine grossen technischen Schwierigkeiten vorliegen, in jeder Länge zulässig.

Die einschlägige Literatur findet sich in sehr übersichtlicher Weise berücksichtigt.

31) Lewerenz: **Ueber die chirurgische Behandlung subcutaner Milzrupturen.**

Eine 4 Stunden nach der Milzruptur (durch Ueberfahren) unternommene Milzexstirpation hatte ein günstiges Resultat. Die Blutveränderungen kehrten 2 Monate nach der Operation wieder zur Norm zurück. Veränderungen in der Beschaffenheit anderer Organe wurden nicht beobachtet.

Aus der Literatur hat L. 135 Fälle von subcutaner Milzruptur zusammengestellt. 82 dieser Milzen werden als pathologisch bezeichnet. Ein schweres Trauma war in 80 Fällen nachweisbar. Der Ausgang war 104 mal tödtlich, darunter 90 mal ohne Versuch einer Operation. Von den 31 Geheilten waren operirt 16, 15 exspectativ behandelt. Von den Operationen waren 25 Splenectomien mit 13 Heilungen, 2 Tamponaden mit 1 Erfolg, 1 Naht der Milzwunde mit tödtlichem Ausgang.

32) Alberts-Halle: **Osteoplastik, den mongolischen Chirurgen schon vor 500 Jahren bekannt?** Krecke.

Beiträge zur klinischen Chirurgie. Red. von P. v. Bruns. Tübingen, Laupp. XXV. Bd. 2. Heft. 1899.

Das 2. Heft des 25. Bandes der Beiträge zur klinischen Chirurgie eröffnet eine Arbeit aus der Breslauer Klinik von G. Reinbach: **Erfahrungen über die chirurgische Behandlung der gutartigen Kröpfe in der Mikulicz'schen Klinik.** Nachdem die Gewebssafttherapie nur bei diffuser Hyperplasie bei jugendlichen Individuen Erfolg verspricht, wird in der M.'schen Klinik operativ vorgegangen, wenn bei solchen nicht nach 10—14 Tagen deutlicher Erfolg zu sehen, in manchen Fällen wird die Gewebssafttherapie palliativ zur Erleichterung der Operation eingeleitet. In nicht ganz 9 Jahren wurden in der Breslauer Klinik 162 gutartige Kröpfe operirt (158 geheilt, 4 starben = 2,5 Proc. Mortalität), von 18 Basedow'schen Fällen starb einer. Relativ häufig kamen an der M.'schen Klinik relativ schwere Fälle (31 substernale) zur Beobachtung, 3 mal retroviscerale . Die Indication zur Operation erscheint überall da gegeben, wo der Kropf Beschwerden und erhebliche Unbequemlichkeiten macht und andere Therapie nicht anwendbar oder erfolglos sich erwies, principiell verwirft M. auch nicht die Indication aus kosmetischen Rücksichten, sofern keine allgemeinen Contraindicationen bestehen. In allen Fällen, in denen Dyspnoe oder Herzerscheinungen bestunden, unterlässt M. seit 1 1/2 Jahren die Narkose und wendet das Schleich'sche Verfahren an, in den anderen Fällen lässt er den Wunsch des Patienten entscheiden; die Ansicht, dass durch Chloroform oder Aether die Zahl der postoperativen Pneumonien sich vermehrt habe, hält er für irrig. Die Antisepsis bei der Operation betreffend, werden Gesicht des Patienten und Hände des narkotisirenden Arztes durch einen antiseptischen Schutzschirm vom Operationsfeld isolirt. Während M. früher den Winkelschnitt bevorzugte, wendet er seit 2 Jahren fast ausschliesslich den Kocher'schen Kragenschnitt wegen seiner kosmetischen Vorzüge an, bei Cysten und einzelnen Kropfknoten ist der Längsschnitt in der Mittellinie oder entlang des Kopfnickerrandes angezeigt. Drainage wendet M. jetzt nicht mehr an, zumal bei Enucleationen hat er die Wunde regelmässig verschlossen, selbst wenn Cysteninhalt mit derselben in Berührung kam; bei Resectionen legt er eventuell noch für 24—48 Stunden einen Drain ein. Bei der Socin'schen Enucleation vernäht M. die Hülle des enucleirten Kropfes, d. h. die innere Kropfkapsel durch Nähte, die auch den Grund der Wunde umfassen (Umstechungsnaht) und erreicht so exacte Blutstillung und prima Heilung.

In allen Fällen, in denen die Enucleation nicht in Betracht kommt, sieht M. in der Resectio strumae das Normalverfahren. Bei derselben wird nach M. zunächst durch Kragenschnitt die Blosslegung der Struma vorgenommen, Haut und Platysma gespalten, nach Ligatur der Venen die Fascie, besonders entsprechend den Endstellen des Hautschnittes, in fast verticaler Richtung durchtrennt, die Brustbeinkehlkopfmuskeln werden unter Fixation mit Klemmen durchtrennt, bei starker Struma auch der Kopfnicker durchschnitten, die äussere Kropfkapsel wird nun im ganzen Bereich der Drüsenhälfte gespalten und stumpf abgehoben und danach die Struma luxirt. Bei periadenitischen Verwachsungen wird auf die Luxirung verzichtet, die Resection in situ vorgenommen, jedenfalls soll die Kropfkapsel von der Vorderfläche der Drüse vollständig losgelöst werden. Der eigentlichen Resection geht die Unterbindung der Art. und Vena thyroid. sup. voraus, die bei sehr weit hinaufreichendem oberen Horn auch innerhalb der Drüsensubstanz unter Durchtrennung dieser vorgenommen werden kann, ebenso die Ligatur der oberflächlich in die Drüse eintretenden Venen. Die Loslösung des Kropfes aus seiner medialen Verbindung mit dem Mittellappen und Isthmus und seinem Zusammenhang mit der Trachea geschieht in der Weise, dass der Isthmus mit je einer starken Klemme gefasst (gequetscht) wird und in der so gebildeten tiefen Furche je eine Massenligatur angelegt, resp. zwischen diesen durchtrennt wird; bei grösseren Mittellappen müssen solche Durchtrennungen in mehreren Partien vorgenommen werden. Isolirung der Drüse von der Trachea in ganzer Ausdehnung ist zu vermeiden, da an der Hinterfläche der Trachea der Recurrens verletzt werden könnte. M. trennt deshalb die Drüse mit kurzen Scheerenschlägen nur an der Vorder- und zum Theil an der Seitenfläche der Luftröhre ab und vollendet event. die Isolirung mit stumpfem Druck des Fingers. Der Seitenlappen enthält danach nur noch einen Stiel, in dem die Art. thyroid. inf. mit dem ihr anliegenden Nerv. recurrens verläuft. Nun wird keilförmig durch 2 verticale, der Achse des Lappens entsprechende Schnitte der zur Entfernung bestimmte Theil der Drüse aus der Continuität excidirt, die Blutung dadurch gestillt, dass die zurückbleibenden seitlichen Flächen durch tiefgreifende Catgutnähte vereinigt werden. Naht und Resection erfolgen schrittweise. Nach Vollendung der Resection wird der Drüsenrest durch eine verticale Reihe von 4—8 Parenchymnähten geschlossen; ein Theil des früher in die Wundhöhle gelangenden Drüsenproductes bleibt so innerhalb der Drüse, die Heilung der Drüsenwunde erfolgt schneller. M. befürwortet diese, wie eine typische Operation auszuführende Operation als eine physiologische Methode, da jede Kropfhälfte so auf das annähernd der Norm entsprechende Maass verkleinert werden, abundante Blutung und Schädigung des Recurrens vermieden werden könne. Zumal bei beiderseitiger diffuser Hyperplasie der Drüse wird an der M.'schen Klinik primär die Resection beider Kropflappen und nicht die einseitige Exstirpation ausgeführt; oft zeigte sich bei einer Operation, dass der zweite, vermeintlich nur unwesentlich vergrösserte Lappen doch bedeutende Ausdehnung besass und desshalb auch die Resection des zweiten Lappens angeschlossen werden musste. Nur 3 mal sah sich M. zur Ligatur der Schilddrüsenarterien veranlasst, von denen es in einem Fall bei sehr brüchigen Gefässen zu beträchtlicher Nachblutung kam, die Tamponade nöthig machte. Der betreffende Patient ging an Infection der Wunde zu Grunde.

R. referirt dann noch näher speciell über die 95 drainirten, 19 tamponirten und 46 geschlossenen Wunden; von den letzteren, primär verschlossenen heilten 40 Proc. aseptisch; bespricht die relativ häufig während des Wundverlaufs (als eine Art aseptisches Fieber) beobachteten Temperatursteigerungen, die meist am 2. Tag oft 38,5—39,0° erreichten, sowie die accidentellen Störungen in der Reconvalescenz, wobei besonders die Erkrankungen der Lunge (stets Bronchopneumonien) von Bedeutung sind — 11 Fälle, von denen 3 (doppelseitige) letal verliefen. Bezüglich der Enderfolge

hebt R. speciell den fast völligen Mangel von Recidiven hervor, was besonders gegenüber den Bergeat'schen Angaben auffällt und was R. auf die verschiedene Art der Kröpfe resp. die verschiedenen Bedingungen ihrer Entstehung bezieht und gibt schliesslich eine Uebersicht über das Gesammtmaterial der Fälle in kurzen krankengeschichtlichen Bemerkungen.

C. Brunner gibt aus dem Cantonsspital zu Münsterlingen einen **Beitrag zur Chirurgie und pathologischen Anatomie der Darminvagination** und theilt zwei operativ behandelte Invaginationen des S. romanum (Carcinom, Lipom) mit, sowie zwei Fälle von Darmresection bei acuter Invag. ileocoecalis — einer durch gestielten Tumor (Nebenpankreas am Ende eines Divertikels) verursacht.

V. Chlumsky berichtet aus der Breslauer Klinik **zur Kugelextraction aus dem Gehirn mit Hilfe des Röntgenverfahrens** über einen Fall, in dem fast 3 Jahre nach einem Conamen suicidii die oberflächlich unter der Dura liegende Kugel wegen epileptiformer Krämpfe mit Bildung eines kleinen viereckigen osteoplastischen Lappens entfernt wurde. Chl. schildert im Anschluss einen einfachen und billigen Apparat, mit dem Mikulicz (ähnlich wie Mackenzie, Davidson) die Kreuzungsstelle der Schatten von zwei in gewisser Distanz von einander entfernten Lampen bestimmte, indem er die Schatten der Photographien 1 u. 2 und die Centra der Lampenspiegel durch Fäden und Drähte verbindet.

G. Gottstein: **Beobachtungen und Experimente über die Grundlagen der Antisepsis** berichtet eingehend aus derselben Klinik zur Frage der Sterilisirbarkeit der Hände und kommt zu dem Schluss, dass die bisherigen Desinfectionsmethoden nicht im Stande sind, unsere Hände sicher keimfrei zu machen; im Weiteren gibt G. Beiträge zur Bedeutung der Operationshandschuhe und kommt nach seinen Versuchen zu dem Resultat, dass durch die Tricothandschuhe die Keime, die von den Händen stammen, zu einem grossen Theil von der Wunde ferngehalten werden und durch ein häufiges Wechseln der Handschuhe die von aussen und innen kommenden Keime aus dem Wundbereich fortgeschafft werden.

Al. Tietze gibt aus der gleichen Klinik **experimentelle Untersuchungen über Netzplastik** und theilt darin eingehende Versuche mit, in wie weit durch Netzüberpflanzung eine drohende Wandnekrose verhindert werden könne, ob durch Netz eine Sicherung einer circulären Darmnaht zu erzielen und ob ein Magendefect durch Netz zu verschliessen sei (Wiederholung der von Braun und Bennet am Menschen ausgeführten Operation); er berücksichtigt die histologischen Ergebnisse und sprechen die Ergebnisse seiner Experimente sehr zu Gunsten des Verfahrens.

C. A. Elsberg berichtet ebenfalls aus der Breslauer Klinik **über Herzwunden und Herznaht** und suchte durch Thierexperimente die Grösse der Verletzung und die Menge der Nähte festzustellen, die ein Säugethierherz ohne dauernden Schaden vertragen kann. E. studirte die histologischen Verhältnisse bei der Heilung von Herzwunden und glaubt daraus für das menschliche Herz schliessen zu dürfen, dass der Chirurg zur Herznaht greifen darf, wenn trotz passender Allgemeinbehandlung der Zustand eines Pat. mit Herzwunde sich verschlimmert; sicher erzeugt die Naht keinen Herzstillstand. Die Zahl der Nähte sollte so klein als möglich sein, da alle durch dieselben zusammengedrückten Muskelfasern atrophiren und durch Bindegewebe ersetzt werden. Die Nähte (Seidenknopfnähte) sollen nur durch das Pericard und die oberflächlichen Muskelschichten geführt und womöglich nur während der Diastole des betr. Herztheils geknotet werden. Wie die Fälle von Brugnoli, Podres, Hamilton etc. zeigen, braucht aber nicht jede Herzwunde genäht zu werden, man muss auch hier streng individualisiren.

Aus der gleichen Klinik berichtet Moser **zur Casuistik der Stirnhöhlengeschwülste** über die Operation eines Stirnhöhlenosteoms bei 22jährigem Mädchen und schildert im Anschluss daran die verschiedenen Formen der Stirnhöhlenosteome und die dadurch bedingten Gefahren. M. berichtet ferner über ein langsam herangewachsenes Sarkom der Stirnhöhle bei 16jährig. Mädchen, das zwei ausgedehnte Operationen nöthig machte.

Aus dem Diaconissenhaus in Stuttgart berichtet schliesslich Koebel **über Combination von Otitis media mit rhinogenem Gehirnabscess;** im Anschluss an eine näher mitgetheilte Krankengeschichte geht K. auf die Symptome der Frontalabscesse näher ein und empfiehlt die subperiostale Resection der Vorderwand des Sinus frontalis als die beste Methode zur Freilegung der Stirnhöhle und zum Ueberblicken der Hinterwand und zum event. weiteren Vordringen in die Schädelhöhle zur Aufsuchung des Abscesses.

Schr.

Centralblatt für Chirurgie. 1900. No. 3 und 4.

No. 3. M. Schüller: **Zur Controle von Dampfsterilisirapparaten.**

M. Schüller bedient sich zu genanntem Zweck kleiner Maximalthermometer von 10 cm Länge aus starkem Glas mit Scala von 70—110°, resp. 75—130°, die genau geprüft sind, die Temperaturen im Innern der Apparate ganz exact anzeigen und sich durch Einfachheit ihrer Anwendung empfehlen.

S. Auerbach: **Ueber einen Fall von recidivirender Osteomyelitis centralis des Radius nach Furunkeln im Nacken.**

Casuistische Mittheilung.

No. 4. L. Feilchenfeld: **Zur Prophylaxis bei der Chloroformnarkose.**

F. empfiehlt nach seinen Beobachtungen über die leichten, frühzeitigen Formen von Erschlaffung des Herzens und die günstige Einwirkung von kleinen Strophanthusdosen zur Beseitigung von Herzklopfen und Aufregungszuständen etc. bei solchen Patienten an den beiden letzten Abenden vor der Operation, sowie am Morgen derselben direct nach der letzten Mahlzeit je 5—6 Tropfen der Tinct. strophanthi zu geben.

F. Kuhn: **Beitrag zur Darmnaht.**

Empfehlung einer kleinen selbstschliessenden Klammer zur Erleichterung bei der Darmnaht, die im geringsten Fall die Hand eines Assistenten ersetzt und mit der eine genaue Dosirung des Zuges der Naht und eine beliebige Annäherung der beiden Serosaflächen zu erreichen ist. Bezugsquelle Evens & Pistor, Cassel.

Schr.

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. 42. Bd., 1. Heft. Stuttgart, F. Enke, 1900.

1) E. Opitz-Berlin: **Das Erkennen abgelaufener früherer Schwangerschaft an ausgeschabten Schleimhautbröckeln.**

Die vorliegende Arbeit ist eine Erweiterung einer früheren in dieser Zeitschrift (ref. in der Münch. med. Wochenschr. 1899, No. 25, S. 836) über denselben Gegenstand. O. gelangt auf Grund seiner Untersuchungen zur Aufstellung eines Schemas für mikroskopische Schwangerschaftszeichen, die er, nach Analogie der klinischen Eintheilung, in sichere und unsichere trennt. Als sichere Schwangerschaftszeichen bezeichnet O.

a) vom Foetus ausgehende:

Vorkommen foetaler Elemente. Eihüllen und Chorionzotten, Zellsäulen mit syncytialer Bedeckung, Syncytiumknospen (Placentarriesenzellen).

b) von der Mutter ausgehende:

1. Deciduazellen von 20—50 μ Durchmesser,
2. Schwangerschaftsdrüsen.

Diese von O. entdeckten Befunde fand er unter 140 Ausschabungen von Fällen, wo ein Abort feststand, 75 mal, darunter 40 mal so ausgesprochen, dass sie allein die Diagnose ermöglicht hätten. Deciduazellen waren nur 62 mal vorhanden und nur 31 mal zusammen mit den typischen Schwangerschaftsdrüsen.

Auf die wahrscheinlichen oder unsicheren Zeichen versagen wir uns, hier näher einzugehen., und verweisen für alle Einzelheiten auf das Original.

2) Otto v. Franqué-Würzburg: **Salpingitis nodosa isthmica und Adenomyoma tubae:**

Nach einem Vortrag, gehalten auf der 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in München 1899. Vergl. das Referat in diesem Bl. 1899, No. 43. S. 1439.

3) A. Eberlin-Moskau: **Castration bei Vaginaldefect und Uterus rudimentarius.**

E.'s Fall betraf eine 23jährige Frau, seit 5 Jahren verheirathet, nie menstruirt, aber seit dem 18. Lebensjahre an vicarirendem Nasenbluten leidend, mit heftigen Molimina menstrualia und Unfähigkeit zur Cohabitation behaftet. Die Untersuchung ergab Fehlen der Scheide und des Uterus. Die Operation bestand in Entfernung eines wallnussgrossen Uterusrudiments und der Adnexe. Ungestörter Heilungsverlauf. Die nähere Untersuchung der Genitalien stellte Folgendes fest: völliger Scheidendefect, Uterus rudimentarius solidus unicornis, Defect der linken Adnexe. normale Entwickelung der rechten Adnexe. In der Literatur fand E. noch 20 ähnliche operirte Fälle, von denen 16 noch functionirende Ovarien bei Uterus- und Vaginaldefect hatten. 20 wurden laparotomirt. 1 mit Koeliotomie vaginalis behandelt. Mit Ausnahme von 2 Fällen wurden alle geheilt.

4) A. Jentzer und O. Beuttner-Genf: **Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Castrationsatrophie.**

Die vorliegenden Untersuchungen wurden angestellt an 10 castrirten Kühen, 13 Kaninchen und 4 Hunden. Alle Uteri wurden makroskopisch und mikroskopisch genau untersucht und ergaben übereinstimmend Atrophie. Ferner wurde an 6 castrirten Kaninchen der Einfluss von subcutanen Ovarialinjectionen geprüft, um zu entscheiden, ob durch künstlichen Ersatz von Ovariensubstanz die Uterusatrophie hintangehalten werden kann. Das Resultat war durchweg negativ. Nähere Einzelheiten müssen im Original nachgesehen werden.

5) C. H. Stratz: **Zur Behandlung der Beckenperitonitis.**

St. ist Anhänger der conservativen Behandlung von entzündlichen Adnexaffectionen. In über 800 Fällen hat er nur 20 mit Laparotomie zu behandeln für nöthig erachtet. Als wirksamste Behandlung empfiehlt er heisse Vaginalirrigationen mit einem eigens von ihm construirten Speculum zur Schonung der Vulva. Das Wasser soll 48—50° C. heiss sein und in grosser Menge, mindestens 4 Liter täglich, angewendet werden. 18 hiermit behandelte Fälle verliefen sehr günstig. Vor Allem die puerperalen und gonorrhoischen Fälle ergaben befriedigende Resultate, während bei den tuberculösen Infectionen die Heilung ausblieb.

St. stellt zum Schluss den Satz auf, dass fast alle Adnexaffectionen infectiöser Art, mit sehr wenigen Ausnahmen, heilbar oder doch wenigstens symptomatisch heilbar auf conservativem, nicht blutigem Wege sind.

6) G. Schmauch-Königsberg: **Ein Rankenneurom der weiblichen Genitalien.**

Kurze Beschreibung dieses Tumors, der von einer 26jährigen I. Para stammte. Derselben war ein Tumor der Scheide, weil Geburtshinderniss, entfernt worden und Patientin an Sepsis gestorben. Der Tumor hatte sich vom linken Labium majus aus

an der Vagina entlang bis in das Lig. latum entwickelt, bot makroskopisch deutlich rankenförmigen Bau und bestand histologisch aus fibrösem Gewebe und fibrös degenerirten Nervenbündeln in der Umgebung der Ranken. In der Literatur ist nach Sch. eine derartige Nervengeschwulst an den weiblichen Genitalien bisher nicht beschrieben.

7) J. Veit-Leiden: **Ueber Vorderhauptslagen.**

Nach einem Vortrag, gehalten auf der 71. Naturforscherversammlung in München 1899; cf. das Referat in diesem Bl. 1899, No. 43, S. 1436.

8) Hans Kauffmann-Berlin: **Ueber Dauerresultate nach Vaginofixationen.**

Die Arbeit basirt auf 103 Fällen aus Ohlshausen's Klinik, von denen 51 nachuntersucht werden konnten. 34 davon waren extraperitoneal, 17 intraperitoneal operirt worden. In 48 Fällen war die Vaginofixation mit anderen Operationen, wie Dammplastik, Kolporrhaphie etc. combinirt. In 11 von den 51 Fällen, also in 21,5 Proc., fanden sich bei der Nachuntersuchung Recidive der Retroversion oder Retroflexion des Uterus; hiervon war nur 1 intraperitoneal, die übrigen 10 extraperitoneal operirt worden. Schwanger geworden waren 6 von den operirten Frauen; 4 davon hatten ausgetragen, 1 abortirt, 1 noch gravida.

K. kommt auf Grund seiner Resultate zu dem Schluss, dass die Vaginofixation noch weitere Einschränkung als bisher erfahren muss. Vor Allem darf sie nicht an Frauen im geburtsfähigen Alter ausgeführt werden, und ferner ist sie für grosse Prolapse und Totalprolapse mit Retrodeviation nicht genügend leistungsfähig. Jaffé-Hamburg.

Centralblatt für Gynäkologie. 1900, No. 5 u. 6.

No. 5. 1) Menge und Krönig-Leipzig: **Die Wahl des Nährbodens bei dem culturellen Nachweise geringer Streptococcenmengen.**

Eine Widerlegung der Angabe Bumm's, dass das Vorkommen saprophytisch wachsender Streptococcen im Vaginalsecret der Frau auch von den Gegnern dieser Lehre (zu denen Verff. gehören) anerkannt werde. Der Streptococcus, welcher beim Puerperalfieber gefunden wird, kommt im Vaginalsecret der Schwangeren nach M. u. K.'s Ansicht nicht vor. Verff. haben ferner durch Experimente festgestellt, dass für den culturellen Nachweis des Streptococcus pyogenes die Wahl des Nährbodens (Agar oder Bouillon) gleichwerthig ist.

2) A. Dührssen-Berlin: **Ueber die Technik der Vaporisation.**

D. empfiehlt ein dickes Vaporisationsrohr zu gebrauchen, weil der Uterus vor Anwendung der Vaporisation zur Stellung der Diagnose über die Quelle der Blutung stets erst dilatirt werden müsse. Mancher Fall von retinirten Eihautresten, Polypen u. dergl. werde dadurch vor falscher Behandlung bewahrt. Die Erfolge der Vaporisation bei rein klimakterischen Blutungen haben D. andauernd sehr befriedigt.

3) Czempin-Berlin: **Zur Narkose.**

Mit Bezug auf die jüngsten Bemerkungen Koblanck's (ref. in diesem Bl. 1900, No. 3, S. 96) betont C., dass er die von Ersterem als Zeichen drohender Asphyxie erwähnten athetotischen Fingerbewegungen nicht für ein gefährliches Symptom hält. Den von K. empfohlenen v. Bergmann'schen Handgriff (Hervorziehen der Epiglottis direct mit dem Finger) räth C. durch andere bekannte und wirksamere Handgriffe zu ersetzen. Endlich macht C. noch auf unregelmässige Athemzüge im Beginn der Narkose bei schwächlichen und ängstlichen Frauen aufmerksam, die, falsch gedeutet, durch Nachgiessen von Chloroform gefährlich werden können.

4) S. Belitz-Heimann-Moskau: **Zur Casuistik der Kolpaporrhexis sub partu.**

Kurze Beschreibung eines Falles von spontaner Uterus-Scheidenruptur bei einer 23jährigen II-para. Das Kind wurde durch Wendung und Extraction aus der freien Bauchhöhle entwickelt, ebenso die Placenta. Exspectative Behandlung in Form von Ausspülung der Vagina mit physiologischer Kochsalzlösung und Jodoformtamponade. Heilung nach 31 Tagen. — Der Fall soll beweisen, dass eine derartige Verletzung auch ohne Laparotomie zur Heilung gelangen kann.

No. 6. 1) Ferd. Schenk-Prag: **Hochgradige frische Aetzstenose der Cervix und des Fornix in der Schwangerschaft. Geburt per vias naturales.**

Es handelte sich um eine 17jährige Gravida, der zur Einleitung eines Abortus von ihrem Liebhaber eine ätzende Flüssigkeit in die Scheide eingespritzt worden war. Der Abort blieb aus; dagegen entstand ausgedehnte Nekrose der Vagina; die nebst der Portio als Abguss ausgestossen wurde. Die Folge war hochgradige Stenose der Cervix und des Scheidengewölbes. Die Geburt erfolgte im 8. Monat; durch Incisionen und Dilatation des Cervicalcanales gelang es, einen Fuss herunterzuholen und bis zum Kopf zu extrahiren. Letzterer musste dann perforirt werden. Heilung nach 30 Tagen.

Sch. bespricht noch die verschiedenen Operationen bei derartigen Stenosen. Dass in seinem Falle das Kind noch per vias naturales entwickelt werden konnte, ist dem Umstande zu verdanken, dass es vorzeitig und unentwickelt war. In den meisten derartigen Fällen wird der conservative Kaiserschnitt vorgenommen werden müssen.

2) N. Bardescu-Bukarest: **Ein neues Verfahren für die Operation der tiefen Blasen-Uterus-Scheidenfisteln.**

B.'s Operationsverfahren, das er „combinirte Cysto-Kolpokoeliorrhaphie" nennt und in 3 Fällen erfolgreich verwendet hat, besteht aus 4 Zeiten:

a) Befreiung und Mobilisirung des Uterus, darauf Naht des angefrischten Uterusrisses;

b) Spaltung der Blasen-Scheidenwand und Verschluss des Blasenrisses durch eine doppelte Etagennaht, eine submucöse und eine musculöse;

c) Eröffnung des Peritoneums und Kolpokoeliorrhaphie;

d) Vaginofixation des Uterus und Wiederherstellung der Scheide.

Einzelheiten müssen im Original nachgesehen werden. Der Erfolg der Operation hängt hauptsächlich von der Blasennaht ab.

3) Otto v. Franqué: **Zur Cervixfrage.**

Eine Erwiderung auf den Artikel Bayer's in No. 3 des Centralblattes (ref. in diesem Bl. 1900, No. 5, S. 163); zum Referat nicht geeignet. Jaffé-Hamburg.

Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. Bd. XXXII., Heft 1.

R. Koch: **Ueber die Entwickelung der Malariaparasiten.**

Die Arbeit bestätigt die Untersuchung von MacCallum über Halteridium (den malariaartigen Parasiten der Taube) und von Ross über Proteosoma (bei Sperlingen). Die mit Hilfe der Romanowsky'schen Färbung angestellten Untersuchungen ergaben auch einige Erweiterungen unseres Wissens in Einzelheiten. Die letzten Seiten der Abhandlung beschäftigen sich mit den Organismen der Tropenmalaria, ohne auch auf diesem Gebiete viel Neues zu bringen. Der Arbeit sind zahlreiche Photogramme beigegeben.

H. Kossel: **Ueber einen malariaartigen Blutparasiten bei Affen.**

Nachweis des Vorkommens von Organismen im Blute von Affen aus Ostafrika und aus dem Berliner Affenhaus, welche mit den Erregern der menschlichen Malaria grosse Aehnlichkeit haben. Krankheitserscheinungen schienen die Parasiten nicht hervorzurufen, in den Berliner Thieren waren dieselben stets wenig zahlreich, länger in Gefangenschaft lebende waren ganz frei davon. Die Frage verdient weitere Verfolgung in den Tropen, namentlich auch mit Rücksicht darauf, ob die Affection mit menschlicher Malaria etwas zu thun hat.

E. Babucke: **Ueber die Kohlensäureverunreinigung der Luft in Zimmern durch Petroleumöfen.**

Wenn Petroleumöfen gut brennen, verunreinigen sie zwar die Luft rasch mit erheblichen Kohlensäuremengen, ca. 12 Prom., machen aber wenig Geruchsbelästigung und erwärmen um 4—5° in einigen Stunden kleine Zimmerchen. Pro Stunde verbrauchte der besprochene Ofen nur 120 g Petroleum, kostete also in 8 Stunden nur 20 Pfennig.

Paul Friedrich Krause: **Sechsjährige Erfahrungen bei der Behandlung der Tuberculose nach Robert Koch.**

Der Verfasser verfügt über 6jährige Erfahrungen über die Wirkung des Koch'schen Tuberculin (vorwiegend des alten Präparates), die er ausführlich mittheilt. Hier kann nur angegeben werden, dass der Verfasser das Mittel günstig beurtheilt, sehr grossen Werth darauf legt, nur minimale Temperatursteigerungen zu erzeugen und den Kräftezustand sorgfältigst zu überwachen. Er hofft, dass nicht nur in Sanatorien, sondern auch in der Privatpraxis das Mittel in der Hand erfahrener Aerzte oft Gutes stifte.

Eug. Fraenkel und P. Krause: **Bacteriologisches und Experimentelles über die Galle.**

Die Galle ist in der Regel in der Leiche steril, nur bei Cholelithiasis, Peritonitis, Bauchoperationen und selten bei internen Infectionskrankheiten finden sich Keime. Beimpft ist die Galle für sehr zahlreiche pathogene Bacterien ein guter Nährboden ausserhalb des Körpers, auch die Virulenz nimmt auf den Gallenährböden nicht ab. Verletzungen der Gallenblase ohne Infection. Einspritzen von grossen Mengen Galle in den Peritonealraum ist für die Thiere ohne Schaden.

Bliesener: **Ueber Gelatineculturen im Brutschrank.**

Durch Verwendung von 12 proc. Gelatine, möglichst kurzes Erhitzen und Sterilisiren lässt sich eine erst bei 27° schmelzende Gelatine herstellen, welche nach zweimonatlichem Stehen 27 bis 29° C. tadellos erträgt und auch durch Beimischung von 1 ccm Wasser nicht nachtheilig verändert wird. Die Arbeit kommt zu ähnlichen Resultaten wie früher J. Forster.

E. Pfuhl: **Untersuchungen über den Keimgehalt des Grundwassers in der mittelrheinischen Ebene.**

Im Kiesboden der mittelrheinischen Ebene ist das Wasser nicht keimfrei, wenn nicht eine etwa 1 m starke Schicht sandiger Lehm darüber liegt.

Robert Behla: **Die geographisch-statistische Methode als Hilfsfactor der Krebsforschung.**

Die Arbeit bringt einen Auszug aus einer früheren Untersuchung des gleichen Verfassers über auffallend localisirtes Auftreten von Krebs in einer Vorstadt der kleinen schlesischen Stadt Lenkau. An diese Mittheilung reiht sich die Anführung zahlreicher in der Literatur zerstreuter Angaben, wonach der Krebs manchmal in ausserordentlicher Anhäufung auftritt, so dass die Krebserkrankungen statt 1:40 (Preussen) 1:15, ja 1:10 aller Todesfälle betragen. Die Betrachtungen des Verfassers über das den Krebslocalitäten Gemeinsame führten ihn zur Annahme, dass Graben- und Teichwasser es sei, was per os den Menschen inficire. Wenn dies richtig wäre, wäre (Ref.) eigentlich eine starke Abnahme

der gesammten Krebsfrequenz zu erwarten, da ja die Fortschritte in der Wasserversorgung sehr bedeutende sind. Es nimmt aber die Krebsmortalität nach allgemeiner Feststellung zu. Es müsste also (Ref.) weiter angenommen werden, dass die heutige Erreichung eines höheren Lebensalters einen für die Krebszunahme so günstigen Factor darstellt, dass die Abnahme der Infection gelegentlich dagegen zurücktritt. — Recht hat Behla sicher, wenn er zum eingehendsten Studium der Frage durch Sammelforschung, ein Krebsinstitut u. s. f. auffordert. K. B. Lehmann.

Archiv für Verdauungskrankheiten. Herausgegeben von Dr. J. Boas-Berlin. V. Band.

1) Nicolai Schiödte: **Ueber den Gebrauch des Thyreoidin bei Entfettungscuren.** (Universitätsklinik in Kopenhagen.)

Das Thyreoidin ist im Stande, bei Adipositas eine raschere Gewichtsabnahme zu erzielen als reine Unterernährung und zwar auf Grund seiner fettverbrennenden Eigenschaft. Ein gelegentliches Stickstoffdeficit wird ausgeglichen durch reichlichere Eiweisszufuhr und Moderirung der Thyreoidindosis. Das Allgemeinbefinden wird im Ganzen nicht beeinflusst, vorausgesetzt, dass am Herzen keine grösseren Störungen vorhanden, nothwendig ist natürlich entsprechende Kost und ständige ärztliche Controle wegen des Urins, der Stickstoffbalance und dem eventuellen Abbrechen des Mittels. Die mittlere Tagesdosis beträgt bis ca. 20 cg Thyreoidin.

2) Seymour Basch M. D.: **Beitrag zur Kenntniss der gastrischen Drüsen.** (Aus D. J. Boa's Poliklinik in Berlin.)

Unter diesem Titel gibt Verfasser ein klar umrissenes Bild der seit Charcot in der Pathologie volles Bürgerrecht geniessenden Crises gastriques. Nach einem historischen Rückblick kommt Basch auf die Symptomatologie dieses Leidens zu sprechen, um nach einer erschöpfenden diesbezüglichen Darstellung sein weiteres Hauptaugenmerk auf die so unendlich wichtige Differentialdiagnose zu richten. Da die Crises gastriques oft das einzige Anzeichen einer bestehenden Tabes und in Folge dessen die rechtzeitige Erkenntniss so unendlich wichtig, möchte ich aus der vorliegenden Arbeit kurz folgende diagnostischen Momente hervorheben. Beginn plötzlich ohne jede Veranlassung, Lues scheint in der Aetiologie keine Rolle zu spielen, Dauer der Anfälle von 10 Stunden bis 6 Wochen Tag und Nacht ununterbrochen, Krankheitsdauer selbst bis zu 18 Jahren, befallen werden hauptsächlich die 30er Jahre, kein Fieber, kein Schüttelfrost, Sensorium frei; Quantität des Erbrochenen enorm, mit dem Erbrechen jedesmal Erleichterung, weder Palpation noch Percussion des Abdomens besonders empfindlich, Urinmenge vermindert; bei protrahirten Anfällen Patienten sehr elend, um sich jedoch auffallend rasch wieder zu erholen; das souveränste Mittel bleibt stets Morphium. Verwendung finden auch Cerium oxalicum, Antipyrin und Strychnin.

3) Emil Stein-Feudenheim: **Darmblutungen bei Lebercirrhose.**

Während für gewöhnlich Blutungen nur in den letzten und schwersten Stadien von Leberaffectionen beobachtet werden, als Folge der mehr und mehr zunehmenden Stase, die Anfangs nur Ascites und Milztumor bedingend, schliesslich zur Berstung von Gefässen und so zur Blutung führt, müssen in einer Reihe von Fällen, in denen die Blutung gewissermassen primär, andere als mechanische Ursachen gegeben sein. Bei der wohl häufigsten Ursache der Cirrhose, dem Alkoholmissbrauch, ist es selbstverständlich, dass der Sitz der Blutungen hauptsächlich im Magen- und Darmcanal, doch auch Lues und Malaria sind wegen ihrer gefässdestruirenden Wirkung berüchtigt und so ergibt sich von selbst, dass die Blutungen allenthalben erfolgen können.

4a) Westphalen: **Ein weiterer Fall von diffuser idiopathischer Oesophagusdilatation.**

Während Netter im Band 4, No. X über Erweiterung der Speiseröhre im unteren Abschnitt berichtet, haben wir hier einen Fall mit ausgedehnter Dilatation der ganzen Speiseröhre vor uns. Vollste Beachtung verdient unter den angeführten Symptomen Nachstehendes — der Reizhusten und das Erbrechen in Rückenlage, bedingt durch das Herabfliessen von Speisen in den Kehlkopf — als Merkmal einer diffusen Erweiterung der Speiseröhre.

4b) Ehrlich-Stettin: **Casuistischer Beitrag zum Asthma dyspepticum.**

In vorliegender Arbeit beansprucht das Hauptinteresse das zeitliche Aufeinanderfolgen von Asthmaanfällen, die nachweislich von zwei verschiedenen Organen ausgelöst wurden, zuerst von der Nase und dann vom Magen.

6) Troller: **Zur Pepsinfrage bei Achylia gastrica.** (Medicinische Klinik in Giessen.)

Während eine Anzahl von Forschern bei Achylia gastrica auch die Anwesenheit von Pepsin und Labferment ausschliessen, fasst Troller das Resultat seiner Untersuchungen dahin zusammen, dass es gleichwohl Fälle gibt, bei denen trotz völligen Versiegens der Salzsäuresecretion Pepsin- und Labausscheidung, wenn auch beschränkt, fortbesteht, ein neuer Beweis für Riegel's Theorie von der grösseren Permanenz der pepsinbildenden Function der Magendrüsen. Im Anschluss bringt der Verfasser ein neues Verfahren zur Pepsinbestimmung im Harn, das um so werthvoller, als nach den angestellten Versuchen zwischen der Pepsinsecretionsfähigkeit der Magendrüsen und dem Fermentgehalt des Harns ein ausgesprochener Parallelismus angenommen werden muss.

7) Schüle: **Studien über die Functionen des menschlichen Mundspeichels.** (Medicinische Klinik Freiburg i. Br.)

Zuerst bespricht Schüle die diastatische Energie des gemischten menschlichen Mundspeichels und zeigt uns, dass die diastatische Kraft in einer gegen Mittag zwischen 11—3 Uhr ihr Maximum erreichenden Curve ansteigt, um von da an wieder langsam abzunehmen. Der zweite Theil der Arbeit beschäftigt sich mit der Bedeutung des Mundspeichels für die Magenverdauung; es bedingt nämlich entsprechende Speicheldurchmischung reichlichere Salzsäure- und Pepsinabsonderung im Magen, d. h. durch das Kauen und Einspeicheln wird reflectorisch die Magenthätigkeit angeregt.

8) Göppert: **Ueber einen Fall von angeborener Abknickung des Dickdarms in Rücksicht auf die sog. angeborene Dilatation und Hypertrophie des Kolons.** (Universitäts-Kinderklinik in Breslau.)

Nach eingehender Referirung seines Falles, sowie zweier ähnlicher von Henoch und Osler beobachteter, kommt Göppert auf das von Hirschsprung geschaffene Krankheitsbild der angeborenen Hypertrophie und Dilatation des Dickdarmes zu sprechen und führt die einzelnen Fälle an, die sich nur durch grössere Dilatation und Hypertrophie von den ersten unterscheiden. Auch noch später als im ersten Lebensjahre wurde aber dieses Krankheitsbild beobachtet, wie die angeführten Krankengeschichten beweisen. Mag man nun zur Erklärung Hirschsprung's Theorie heranziehen oder Marfan's Behauptung der angeborenen Form der Flexura sigmoides oder die jedenfalls am ungezwungendsten erscheinende Erklärung Roser's ser's, einer Art von Klappenmechanismus, das allen diesen Fällen Gemeinsame ist immer eine Abknickung mit consecutiver Aufblähung des Dickdarms.

9) Kövesi: **Untersuchungen aus dem Gebiete der Magenpathologie.** (Aus der I. med. Klinik des Prof. v. Korányi in Ofen-Pest.)

Drei Fragen hat sich Verfasser zur Beantwortung vorgelegt: 1. Das numerische Verhalten der Hyperchlorhydrie, darauf lautet die Antwort: Für Ofen-Pest beträgt der Mittelwerth der Acidität 50, der freien HCl 26. Hyperchlorhydrie kommt nur selten in excessiver Form zur Beobachtung, häufig jedoch in geringem Grade. Nicht immer ist die freie HCl allein ausschlaggebend, es gibt auch klinische Bilder mit normaler freier HCl und lediglich gesteigerter Gesammtacidität. Die Hyperchlorhydrie ist eine Krankheit der jüngeren Jahre. 2. Das Verhalten der Gasgährung zur Salzsäuresecretion: Die Anwesenheit von HCl allein genügt zur Verhinderung der Gasgährung und da von einer desinficirenden Wirkung des Magensaftes den Gährungserregern gegenüber nicht gesprochen werden kann, muss eine scharfe Grenze zwischen dem Verhalten der HCl gegenüber der durch Spalt- und der durch Sprosspilze bedingten Gährung gezogen werden. Die geeignetste Substanz zur Gasbildung liefern die Kohlehydrate. 3. Die quantitative Veränderung der Pepsinsecretion unter pathologischen Zuständen. Zwischen Salzsäure- und Pepsinabscheidung besteht kein strenger Parallelismus. Sowohl in sub- und anaciden Magensäften, als auch bei Processen gewebsdestructiver Art, ist die Pepsinsecretion weniger beeinflusst als die HCl-Abscheidung; bei ektatischen und atonischen, nicht carcinomatösen Zuständen weist die Pepsinsecretion sogar normale Verhältnisse auf.

10) Marischler und Ozarkiewicz: **Stoffwechsel bei abnehmendem und zunehmendem Ascites.** (Med. Klinik des Prof. Gluzinski in Lemberg.)

Zur allgemeinen Uebersicht der nur schwer in einigen Sätzen zu skizzirenden Arbeit möge dienen, dass beide Autoren im Stadium des Ansammelns in der Regel N-, Cl-, P-, Ca-Retention beobachteten, wobei jedoch die mangelhafte Desassimilationsfähigkeit des Organismus zu berücksichtigen ist; im Stadium der Resorption findet vermehrte Ausscheidung statt; selbst mit P- und Cl-Verlust. Körpereiweiss wird erst angegriffen, wenn das Nahrungs-N dem Bedürfniss nicht entspricht.

14) Pál-Wien: **Ueber den motorischen Einfluss des Splanchnicus auf den Dünndarm.**

Die verwirrenden Widersprüche über den Erfolg der Splanchnicusreizung zu lösen und die geradezu diametralen Ergebnisse der verschiedenen Autoren einheitlich zusammen zu fassen, gelingt dem Verfasser ganz einfach dadurch, dass er die im Dünndarm hervorgerufene Hemmung bei Splanchnicusreizung als einen motorischen Act erklärt, d. h. den Splanchnicus als motorischen Nerven des Dünndarms bezeichnet, mit Innervationsfasern für die Ring- sowohl, wie für die Längsmuskeln.

15. M. Einhorn-New-York: **Ein weiterer Beitrag zur Kenntniss der Magenerosionen.**

Nachdem Einhorn schon 1894 einen krankhaften Zustand beschrieben, in welchem ausser der Gegenwart verschiedener subjectiver Beschwerden gastrischen Ursprungs constant mehrere Stückchen Magenschleimhaut im Spülwasser zu finden waren, veröffentlicht er hier weitere 16 Fälle von Erosionen des Magens, die er im Gegensatz zu Hemmeter als specielle Erkrankung darstellt. Ausser der Anwendung eines 1—2 prom. Arg. nitr.-Spray empfiehlt der Verfasser hauptsächlich roborirende Behandlung.

16. Bäcklin-Gothenburg: **Einige Bemerkungen über das Regurgitiren.**

B. sucht in seiner Arbei das Vorkommen des Regurgitirens bei den verschiedenen Magenerkrankungen diagnostisch zu verwerthen und zwar bezüglich der Sufficienz oder Insufficienz des Pylorus, ausgehend von der Beobachtung, dass das Regurgitiren entschieden der Atonie des Magens anzugehören scheint.

17. Bachmann: **Experimentelle Studien über die diaetetische Behandlung bei Superacidität.** (Aus der med. Klinik zu Helsingfors, Prof. Runeberg.)

Zweck dieser Studien ist, experimentell zu ergründen, welche Diät, principiell genommen, als die rationellste bei den sogen. irritativen Functionsstörungen in der Schleimhaut des Magens anzusehen ist, um endlich einmal Klarheit zu bringen in den ständigen Streit, ob Eiweissstoffe oder Kohlehydrate die zweckmässigere Kost. Als Resumé der hochinteressanten und lesenswerthen Arbeit führe ich nur aus den Schlusssätzen betreffs der Principien für die diätetische Behandlung nachfolgende Sätze an: „Eine überwiegend animalische Mahlzeit ruft eine stärkere HCl-Secretion hervor als eine mehr vegetabilische, so dass also die vegetabilischen Nahrungsstoffe (Brot, Brei, Milch) in höherem Grade die Forderungen erfüllen, die man an ein derartiges diätetisches Regime zu stellen hat, als die animalischen (Fleisch, Eier). Butter und Sahne sind direct zu empfehlen, zu Folge ihres herabsetzenden Einflusses auf die Saftsecretion."

18. Richter-Münster in Westphalen: **Ueber Salzsäureabsonderung bei Magencarcinom.**

Die bekannte Thatsache, dass in mehr als 10 Proc. aller Magencarcinome eine mehr oder weniger reichliche HCl-Secretion längere Zeit, ja bis in die letzten Lebenstage fortdauert, findet nach R.'s Ansicht ihre Erklärung in einer erhöhten Irritation der Secretionsnerven als Folgezustand einer vorausgegangenen Hyperchlorhydrie, entweder im Anschluss an ein chronisches Geschwür entstanden oder auf nervöser Basis beruhend.

20. P. Cohnheim: **Ueber Gastrektasie nach Traumen, die Aetiologie der Magenerweiterung im Allgemeinen und ihr Verhältniss zur Atonie und zum Magensaftfluss.** (Aus Dr. J. Boas Poliklinik in Berlin.)

Die wenigen bekannten Fälle von chronischer Gastrektasie nach Traumen der Magengegend sind die Folge von Perigastritis oder Ulcus; acut entstandene Gastrektasien beruhen auf Schockwirkung oder Knickung des Duodenums, da Wunden der Magenschleimhaut grosse Heilungstendenz zeigen. Auch chronische Traumen (Druck) führen häufig zu Ulcus und so zur Ektasie. Die Diagnose Gastrektasie stützt sich unabhängig von der Grösse des Magens ausschliesslich auf die Anwesenheit stagnirender Speisereste im nüchternen Magen. Atonie und Ektasie sind principiell ganz verschiedene Erkrankungen, jene eine allgemeine Constitutionskrankheit, diese ein rein localer Process; d. h. Atonie führt nie zur Ektasie, wenn nicht Complicationen hinzukommen, die ein Passagehinderniss bedingen, wie häufiger Pylorospasmus nach Ulcus pylori mit Hypochlorhydrie oder in noch mehr Fällen das Vorhandensein eines organischen Hindernisses. Echter Magensaftfluss ist die Folge einer Stenose am Pylorus oder Duodenum, nicht aber die Ursache einer Gastrektasie. Erwähnenswerth scheint mir noch die von Cohnheim nicht nur bei Carcinom der Speiseröhre, sondern auch bei Pylorusstenose erfolgreich angewandte Oelbehandlung.

21. Sievers-Helsingfors: **Ueber Balantidium coli im menschlichen Darmcanal und dessen Vorkommen in Schweden und Finland.**

Ueber das im Ganzen (bis jetzt sind 74 Fälle bekannt, aus Deutschland 3) doch seltene Krankheitsbild von Balantidium im Kolon ist bezüglich der Aetiologie so viel wie gar nichts bekannt, man weiss nur, dass dieser Parasit im Darm des Schweines constant zu finden, auch über die Pathogenität herrscht noch keine Einstimmigkeit. Immerhin aber gibt die Erfahrung uns schon eine Reihe von Mitteln an die Hand zur erfolgreichen Bekämpfung des Uebels. Runeberg verwendet hauptsächlich Chininklysmen (1—2 g Chinin auf 200—1000), combinirt mit Chinin (1—3 g) per os oder Kalomel (0,5—1,0). Naphthalin war wirkungslos. Behandlungsdauer 1—5 Wochen.

22. Elsner: **Der Einfluss der Menstruation auf die Thätigkeit des Magens.** (Aus der Poliklinik von Dr. J. Boas in Berlin.)

Während Riegel in seinem Lehrbuch überhaupt nur ganz allgemein von einer häufigen Veränderung der Magensaftsecretion zur Zeit der Menstruation spricht, hat Kuttner bei seinen Patienten herabgesetzte HCl-Secretion, ja selbst Anacidität gefunden. Elsner hat nun 14 Fälle daraufhin nachgeprüft und fand bei 5 keinerlei Aenderung des Aciditätswerthes, 6 mal fand sich Hyperacidität und nur in 3 Fällen zeigte sich Subacidität. An der Hand der Krankengeschichten kommt E. nun zu folgenden Schlüssen: Geringe Blutungen sind ohne Einfluss, bei stärkeren Blutungen kann Hyperacidität auftreten je nach dem Erregungszustand des Centralnervensystems, steigert sich der Blutverlust bis zur Mennorrhagie, so kann Subacidität die Folge sein. Die motorische Magenfunction soll durch die Menstruation keine Aenderung erfahren.

23. Rewidzoff: Moskau: **Noch einige Worte über mein Gummi-Gastroskop.**

R. bespricht kurz einige Verbesserungen, die er an seinem auf dem XII. medicinischen Congress zu Moskau demonstrirten und dann in der Berl. klin. Wochenschr. 1897, No. 41 besprochenen Gummi-Gastroskop getroffen.

24. Rathmann: **Einige Bemerkungen über die Haltbarkeit der Magensäfte.** (Aus dem städt. Krankenh. Mülheim a. Rh., Chefarzt Dr. Moers.)

Erst nach Wochen sinkt der HCl-Gehalt des Magensaftes, aber stets noch kann HCl nachgewiesen werden, anders verhalten sich anacide und milchsäurehaltige Magensäfte, denen die entschieden desinficirende Kraft der HCl fehlt; sie verlieren ihre klare Farbe, der Säuregrad steigt rapid, so dass Anfangs unsichere Reactionen deutlich werden. Eine Ausnahme macht der chronische Magenkatarrh, hier kann die Anfangs eventuell vorhandene HCl durch allmählich auftretende Milchsäure verdrängt werden.

Dr. A. Jordan.

Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten. Bd. XXVII., No. 4. 1900.

1) Nils Sjöbring-Lund: **Ueber die Mikroorganismen in den Geschwülsten.**

Im Anschluss an eine im Jahre 1890 gegebene Mittheilung berichtet Verf. über die seit jener Zeit gemachten Beobachtungen und Erfolge bei der Untersuchung und Züchtung von Organismen maligner Geschwülste. Nach seiner Meinung und Ueberzeugung gehören die Geschwulstparasiten überhaupt keiner der bisher als Schmarotzer beschriebenen Thier- oder Pilzart an, sondern sind ohne Zweifel zu den Rhizopoden zu rechnen. — Uebertragungsversuche mit Geschwulstgewebe gelangen ihm beim Kaninchen, Hund und Meerschweinchen zum Theil, bei weissen Mäusen dagegen in 50 Proc. der Fälle mit absoluter Sicherheit.

Um die betreffenden Organismen zu züchten, verwandte er einen Nährboden aus 8 proc. Peptongelatine mit 1,5 Proc. Kaliseife aus Menschenfett dargestellt, und 1 Proc. Zucker. Die Mikroorganismen wachsen in Zimmertemperatur fast eben so gut wie im Thermostaten, zeigen jedoch kein Oberflächenwachsthum. Ihre Formen sind so ausserordentlich mannigfaltig und variabel, dass man keinen Typus als vorherrschend ansehen kann. Verf. unterscheidet 3 Formen und zwar: 1. amoeboide Gebilde, 2. typische Rhizopodengebilde und 3. Involutionsformen. Erstere sind die häufigsten, sowohl in den Geschwülsten, wie auch in den Culturen; während die Rhizopodenformen in dünneren Nährmedien am meisten anzutreffen sind. Eine Eigenthümlichkeit der betreffenden Gebilde ist ihre Neigung, in anscheinend plasmodiale Verbände zusammenzutreten, die noch nicht unter den Rhizopoden beobachtet sind.

Sollten sich diese interessanten Thatsachen, von denen noch zahlreiche in der vorstehenden Arbeit aufgeführt sind, als sicher erweisen, so würden wir in dem Erkennen des Wesens der malignen Geschwülste ein wesentliches Stück weiter sein.

2) William Bulloch-London: **A simple apparatus for obtaining plate cultures or surface growths of obligate anaërobes.**

3) G. Sanarelli-Bologna: **Zur Lehre vom gelben Fieber.** Artikel polemischer Natur.

4) A. Loos-Kairo: **Notizen zur Helminthologie Egyptens. III. Die Sklerostomen der Pferde und Esel in Egypten.** Schluss folgt.

R. O. Neumann-Berlin.

Berliner klinische Wochenschrift. 1900. No. 7.

1) C. A. Ewald-Berlin: **Die Autointoxication.** (Schluss folgt.)

2) P. Baumgarten-Tübingen: **Zur Lehre von den natürlichen Schutzmitteln des Organismus gegenüber Infectionen.** (Fortsetzung folgt.)

3) P. F. Richter-Berlin: **Experimentelles über den Aderlass bei Uraemie.**

Die günstige Wirkung des Aderlass bei Uraemie, namentlich mit nachfolgender Kochsalzinfusion, ist mehrfach erprobt, ohne dass sie erklärt wäre. Da bei Uraemie eine Zunahme der molecularen Concentration des Blutes vorhanden ist, so hat Verfasser untersucht, ob sich dieser Factor durch den Aderlass verändert. Experimentell wurde bei Kaninchen Nephritis hervorgerufen; es ergab sich hierbei, dass die langsam sich entwickelnde Niereninsufficienz in ihrem Ausdruck, der gesteigerten molecularen Concentration des Blutes durch den Aderlass nicht geändert wird. Auch wenn letztere ganz rasch in die Höhe geht, tritt durch den Aderlass mit oder ohne Kochsalzinfusion keine wesentliche Verminderung des osmotischen Druckes ein. Die Wirkung des Aderlass ist also vorläufig noch nicht experimentell erklärbar.

4) J. Bronstein-Moskau: **Zur bacterioskopischen Diphtheriediagnose.**

Neisser hat ein Verfahren angegeben, durch Doppelfärbung der Culturen den echten Diphtheriebacillus von den „Pseudobacillen" zu unterscheiden und Verfasser untersuchte nun, ob diese Methode nicht direct auf Ausstrichpräparate angewendet werden könne. Das Resultat war ein günstiges, indem die Färbung der Polkörner an den Membranen gelang. B. gibt noch eine Variante dieser Doppelfärbung an, indem er Dahlia statt Methylenblau einführt und länger färbt.

5) A. Celli-Rom: **Epidemiologie und Prophylaxis der Malaria vom neuesten aetiologischen Standpunkte aus.**

In seinem Vortrage gibt C. ein Referat über die neuesten Resultate der Malariaforschung, die besonders nachwies, dass der Mensch nur Zwischenwirth, die Stechmücke der eigentliche Wirth der Malariaparasiten ist. Die Malaria ist keine eigentliche Bodenkrankheit. C. schildert Leben und Gebräuche der malariatragenden Stechmücke. Die Infection geschieht durch die Haut mittels Stich. Disposition und Immunität unter dem Einflusse localer Factoren, der Jahreszeiten, der socialen Verhältnisse und Gewohnheiten der Bevölkerung werden erörtert, doch kann auf die interessanten Ausführungen hier nicht eingegangen werden. Für die Diagnose ist die Blutuntersuchung das sicherste Mittel, das sehr genaue Aufschlüsse liefert. Bezüglich der eingehenden Vorschläge über die Prophylaxe (Isolirung, Desinfection, Assanirung

der Malarialandstriche durch Canäle etc., ferner Erziehung und bessere Ernährung der inficirten Bevölkerung) wird auf das Original hingewiesen.

6) M. Schüller-Berlin: **Polyarthritis chron. villosa und Arthritis deformans.**

In seinem ausführlichen, mit vielen Abbildungen pathologisch-anatomischer Befunde ausgestatteten Artikel sucht Verfasser unter ausführlicher Darlegung der pathologischen Anatomie beider Krankheiten nachzuweisen, dass dieselben nicht zusammengeworfen werden dürfen, sondern aetiologisch und nach den therapeuthischen Indicationen von einander zu trennen sind. Für Arthritis deform. empfiehlt S. leichtverdauliche, nicht leicht zu Zersetzung führende Kost, Karlsbader Curen, Massage, Thermaldouchen; für Polyarthritis vill. Injectionen von Guajacol-Jodoform-Glycerin, eventuell Operation, Massage, Elektricität, innerlich Thiocol.

7) S. W. Bandler-Berlin: **Zur Entstehung der Dermoidcysten.**

B. bespricht die verschiedenen Theorien darüber und äussert unter Bezugnahme auf die Entwicklungsvorgänge bei dem Wolff'schen und Müller'schen Gang die Anschauung, dass gewisse embryonale Zellen und Organe in ganz directer Weise Zellen, welche zur Bildung anderer Gewebstheile bestimmt sind, mit sich schleppen und diese heterotopischen Zellen dann die Gewebe in den Dermoidcysten produciren. Verfasser besitzt ein von der linken Seite stammendes Dermoid, das 8 Zähne enthielt, die für l. Ober- und Unterkiefer bestimmt waren.

Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1900. No. 6.

1) L. Brieger und F. Neufeld: **Zur Diagnose beginnender Tuberculose aus dem Sputum.** (Aus dem Institut für Infectionskrankheiten in Berlin.)

Die Frühdiagnose der Tuberculose hat durch die Einrichtung der Lungenheilstätten eine erhöhte Bedeutung gewonnen. Die zur Feststellung einer exacten Diagnose unbedingt nöthige bacteriologische Untersuchung des Auswurfs ist in der Regel von dem praktischen Arzte nicht ausführbar, zum mindesten nicht in dem Maasse, dass sie den Forderungen einer genauen Differentialdiagnose zwischen reiner Tuberculose und Mischinfectionen entspricht. Hier sollen staatliche Institute eintreten, für einzelne zweifelhafte Fälle kommen die Tuberculininjectionen in Betracht, welche trotz ihres hohen diagnostischen Werthes und ihrer bei Beobachtung der Koch'schen Vorschriften gänzlichen Ungefährlichkeit leider bei der Mehrzahl der Aerzte noch wenig Vertrauen finden. Eine Anzahl ausgewählter charakteristischer Fälle wird beschrieben.

2) Julius Wolff: **Zur Behandlung der stricturirenden Mastdarmverschwärung. Zugleich ein Beitrag zur Mastdarmplastik.**

Schluss folgt.

3) E. Sehrwald-Freiburg i. B.: **Klimmzuglähmungen.**

Mittheilung zweier weiterer Fälle von Klimmzuglähmung. Dieselben sind meist als Hyperextensionslähmung des Plexus brachialis zu betrachten unter Miterkrankung des Musculus serratus anticus major und seines Nerven, des Thoracicus longus. Vergleiche übrigens die erste Mittheilung hierüber in No. 30 der Deutsch. med. Wochenschr. 1898.

4) M. L. Menko-Amsterdam: **Spondylosis rhizomelica.**

Beschreibung eines Falles der von Strümpell als „chronisch ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule und der Hüftgelenke" bezeichneten Krankheitsform, mit zwei Abbildungen.

F. Lacher-München.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. XXX. Jahrg. No. 3.

Dubois: **Ueber Suggestion und Psychotherapie.**

Nicht Suggestion im engeren Sinne und Hypnose sollen das Grundprincip der Psychotherapie sein, sondern aufrichtige logische Ueberzeugung und Erziehung des Patienten. NB. nach genauer Untersuchung und Diagnose.

A. Steiger-Zürich: **Untersuchungen über Sehschärfe und Treffsicherheit.** (Schluss.)

Die Treffsicherheit beim Schiessen hängt vor Allem ab von der Sehschärfe (1 ist nicht = normale Sehschärfe! — am besten Prüfung mit verschieden gestelltem E), vom Bildungsgrad und von der Uebung. Diese 3 Momente können sich gegenseitig compensiren, ja übercompensiren, jedoch erscheinen die für die Militärtauglichkeit aufgestellten Grenzen der Sehschärfe zu niedrig. Jeder sollte auf seine maximale Sehschärfe untersucht und danach einer Waffengattung zugetheilt werden. Zahlreiche übersichtliche Tabellen (nach Schiessübungen eines Bataillons). Pischinger.

Oesterreichische Literatur.

Wiener klinische Wochenschrift. 1900. No. 6.

1) Béla v. Fenyvessy-Wien: **Ueber die Wirkung des Schilddrüsensaftes auf die Circulation und Athmung nebst einem Anhang über Beziehungen zwischen Jodothyrin und Jodnatrium, bezw. Atropin.**

Verfasser experimentirte an Kaninchen, denen er Extracte verschiedener Schilddrüsenpräparate intravenös beibrachte. Qualitativ wirkten alle 5 Präparate, welche untersucht wurden, in analoger Weise. Eine regelmässige Wirkung auf die Athmung fand sich nicht; nicht selten aber wurde nach der Injection eine durch die Lungenvagusäste vermittelte reflectorische Beschleunigung und Abflachung der Athmung in Inspirationsstellung beobachtet, secundär eine länger anhaltende geringere Beschleunigung der Athmung mit leichter Verflachung. Bezüglich des Kreislaufs bewirkt der Schilddrüsensaft beim Kaninchen nach der Injection eine Blutdrucksenkung, die durch Erweiterung der Gefässe bedingt ist, wobei aber die Gefässcentren unbetheiligt sein können. Auf Grund weiterer, im Original mitgetheilter Thierversuche kann v. F. die Angaben bezüglich der antagonistischen Wirkung des Jodothyrins gegen das Jodnatrium, resp. Atropin in keiner Weise bestätigen.

2) C. Biehl-Wien: **Störungen der Vasomotorenthätigkeit und der Sensibilität nach peripherer traumatischer Facialislähmung.**

B. hält durch den von ihm beobachteten Fall den Nachweis für erbracht, dass der N. facial. auch beim Menschen sensible und vasomotorische Fasern enthält. Der betreffende 22 jährige Kranke hatte einen Messerstich gegen das l. Ohr bekommen, worauf eine complete Lähmung des Stirnastes des VII. eintrat, Parese im Gebiete der anderen Aeste. In der l. Gesichtshälfte zeigte sich Gedunsenheit der Haut, Röthung derselben, Schweissabsonderung und abnorme Empfindlichkeit. Hysterie ist ausgeschlossen. Verfasser meisselte den Warzenfortsatz auf, um etwa Eiter zu finden, doch war der Befund negativ. Die von Küster vorgeschlagene Modification der Eröffnung des Proc. mast. bewährte sich nicht.

3) v. Wagner-Wien: **Gutachten der medicinischen Facultät in Wien.**

Zu kurzem Referate nicht geeignet.

Dr. Grassmann-München.

Französische Literatur.

Paul Raymond, auserordentlicher Professor zu Montpellier: **Die Morbidität in Frankreich und deren Beeinflussung durch Rasse und Bodenverhältnisse.** (Revue de médecine, Sept. 1899.)

R. führt die jetzigen Bewohner von Frankreich im Allgemeinen auf 3 Bevölkerungsarten zurück, die ursprünglich die Nordosttheile bewohnenden Kelten, welche später gegen die Mitte vordrangen (Brachycephalen), die völlig autochthone sogen. Art der Cromagnonen (Dolichocephalen) im Nordwesten und die von der Donau und Germanien hereinströmenden (dolichocephalen) Galater oder Belgier, welche den Norden von Frankreich besetzten. Im Allgemeinen sollen sich, wenn auch Vermischungen vorgekommen sind, diese Stämme bis heute in ihren speciellen Eigenarten erhalten haben, was sich besonders durch specielle Krankheitseigenthümlichkeiten documentire. So ergaben die statistischen Untersuchungen, dass die Krankheiten, welche Befreiung vom Militärdienst bewirken, in den Grenzbezirken Frankreichs, bei der Bevölkerung an der See und in den gebirgigen Theilen, viel häufiger sind, wie im Centrum des Landes. Der Einfluss der Bodenverhältnisse kommt noch zu dem der Rasse hinzu und ist z. B. bei der Lepra, welche in Frankreich, gleich wie überall (?), nur an den Gestaden des Meeres vorkommt, ein zweifelloser. Während die Kelten bessere Zähne haben, als die Kymrer, lässt die Sehkraft der letzteren zu wünschen übrig. In den Departements, wo die brünetten Dolichocephalen des südlichen Frankreich vorherrschen, beträgt der Coefficient der Befreiung vom Militärdienst 2,49 Prom., während er in den übrigen Departements 1,77 resp. 1,54 Prom. ist. Eine Krankheit, für welche der Einfluss der Rasse unbestreitbar ist, ist der Scharlach und schon seit Langem hat man Prädisposition der anglosächsischen Rasse für diesen festgestellt, ebenso wie die schwere Form, welche sie bei den Engländern begleitet. Das kymrische Element in Frankreich muss daher viel mehr vom Scharlach betroffen werden und eine viel höhere Sterblichkeit geben, als die übrigen Bewohner, was in der That die Statistik lehrt: in den 10 Hauptstädten der 10 kymrischen Departements, verglichen mit den 10 keltischen Departements von ungefähr gleicher Bevölkerungsstärke, verhält sich die Mortalität an Scharlach wie 232 gegen 160 (in 3 Jahren). Eine andere Krankheit, für welche der Einfluss der Rasse unbestreitbar ist, ist die Miliaria (Schweissfrieseln); zu allen Zeiten waren die Anglosaxonen und Germanen dazu disponirt und in Frankreich hat die Krankheit in den Norddepartements besonders geherrscht, wo man eben das kymrische, blonde Element findet, zu welchem auch die Angelsachsen und Germanen gehören. Ueberall in Frankreich, wo diese Rasse der Dolichocephalen vorherrscht, hat sich die Miliaria eingenistet, tritt in lange dauernden Epidemien auf und kehrt immer leicht wieder, während im Gegentheil überall, wo man die Brachycephalen antrifft, diese Krankheit nur selten vorkommt, bald erlischt und sogar meist nicht wieder erscheint. Es ist hier nicht möglich, auf weitere Einzelheiten der interessanten Arbeit einzugehen; Raymond ist aber überzeugt, dass eingehende anthropologische Untersuchungen ebenfalls den Beweis bringen können, dass die Rassen, welche ursprünglich die französische Bevölkerung zusammensetzten, heute noch trotz zahlreicher Mischformen erkennbar seien.

Audion und Bourgeois: **7 Fälle von Empyema necessitatis bei Kindern.** (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, September 1899.)

Die beiden Autoren beschreiben eingehend die obigen Fälle und setzen ihr Erstaunen voraus, dass heutzutage noch in der kurzen Zeit von 4 Jahren eine relativ so grosse Anzahl von Fällen zur Behandlung komme; es sei schwer begreiflich, dass man Monate hindurch eine purulente Pleuritis verlaufen lasse, ohne die Punc-

tion oder die Pleurotomie zu machen. Die Ursache dafür liegt in der Krankheit selbst, die sich oft, besonders beim Kind, nicht in ihren classischen Symptomen zeigt. Das jüngste der Kinder war 3 1/2 das älteste 9, die anderen 5, 7, 8 Jahre alt. Einer der Fälle purulenter Pleuritis folgte nach Masern, ein zweiter nach Lungenentzündung, einer nach Keuchhusten und die vier anderen nach nicht näher zu bestimmenden Lungenaffectionen. In 5 der Fälle (also nicht in sämmtlichen 7 ? Ref.) war die Pleuritis nicht erkannt worden und erst spät zur Operation gekommen (nach 6, 8 und mehr Monaten). Dieselbe hatte bei dreien zur Folge, dass sich die Pleurahöhle nach der Pleurotomie von selbst füllte. Die Prognose des Empyema necessitatis richtet sich nach der Dauer der nicht erkannten Pleuritis, sie ist eine schwere, da die Heilung Monate und Jahre dauern, schwierige und wiederholte Eingriffe nothwendig machen kann und nicht ohne bleibende Störungen auf Seite der Lungen, der Pleura, des knöchernen Brustkorbs erfolgen kann. Einer der Fälle endigte trotz Operation tödtlich, wahrscheinlich in Folge der durch das Empyem bedingten Kachexie; die Autopsie ergab intime Verwachsung der beiden Pleurablätter bei dem 3 1/2 jährigen Knaben. Die Schwierigkeit der Empyemdiagnose ist zwar seit Langem bekannt, doch vermindert sie sich nach Ansicht der beiden Autoren, wenn man die hauptsächlichen Merkmale bedenkt, wie Verlagerung des Herzens, bei der Percussion matten Schall und Resistenz des Fingers; wenn ferner in Folge einer Lungenentzündung, einer acuten Krankheit ein Kind fortfährt, Fieber zu haben, mager und blass wird, sollte man immer an die Möglichkeit einer eitrigen Pleuritis denken, besonders den percutorischen Ergebnissen, welche oft unklar sind, misstrauen und die Probepunction vornehmen. Da die acute Perforation mit Röthe, Hitze und Schmerz selten ist, so bemerkt man nur durch Zufall den insidiösen Beginn des Empyema necessitatis: vor und ausserhalb der ersten Intercostalräume, besonders des fünften, erscheint ein wenig Schwellung und Oedem; erstere ist einige Tage lang nur wenig schmerzhaft, wird dann grösser, fluctuirend und zeigt schliesslich alle Eigenschaften des Empyema necessitatis. Was die Differentialdiagnose betrifft, so kommt neben den seltenen Fällen, wo Wanderabscesse, vom Halse kommend, hinten und unten durchbrechen und neben Lipomen der Brustwand vor Allem der kalte Abscess der Brustwand in Betracht, welcher, häufig bei Kindern, denselben Sitz wie das Durchbruchsempyem hat und wie dieses bei schwachen Kindern besonders häufig ist; beim Empyem ist jedoch das Allgemeinbefinden schwer beeinträchtigt, beim Abscess nicht und die ganze locale Untersuchung muss die Diagnose sichern. Auch an eine in Bildung begriffene Fistel zwischen Haut und Bronchien lässt der Durchbruch eines Empyems denken, erstere ist jedoch sehr selten, die Luft entweicht dabei zischend aus der Wunde und immer muss damit ein vorgeschrittenes Stadium der Lungentuberculose verbunden sein. Im Allgemeinen ist aber zu constatiren, dass bei Pleuritis auf tuberculöser Grundlage (Koch'schen Bacillus) die Perforation selten, bei jener mit dem Pneumococcus relativ häufig ist. In zweifelhaften Fällen muss stets Punction zur Anwendung kommen und soll man künstliche Entfernung des Eiters anstreben und dieselbe nicht der Natur überlassen.

Marfan: **Die Rolle der Mikroorganismen bei der Gastroenteritis der Säuglinge.** (Ibidem und Revue mens., October und November 1899.)

Die ausführliche, mit einer Reihe instructiver Fälle illustrirte Arbeit kommt zu dem Ergebnisse, dass die bacteriologischen Untersuchungen über die Gastroenteritis der Säuglinge, wenn sie auch noch unvollständig sind, wenigstens gezeigt haben, 1. wie wichtig die Rolle der Infection bei dieser Krankheit ist, 2. dass aber noch andere Momente in Betracht zu ziehen sind und die Infection oft nur secundär hinzutritt. Die localen und allgemeinen Erscheinungen der Gastroenteritis sind im Allgemeinen auf 4 Ursachen zurückzuführen: 1. die fehlerhafte Verarbeitung der Nahrungsstoffe (Dyspepsie), 2. die Infectiosität des Darminhaltes, welche entstehen kann entweder durch die erhöhte Virulenz der normalen Darmmikroorganismen (endogene Infection) oder durch zufälliges Eindringen pathogener Mikroben (ektogene Infection). 3. Die Toxicität (im weitesten Sinne), welche der Magendarminhalt besitzen kann und herrührt entweder von Giften, die von aussen durch die Mundhöhle hineingelangt sind (ektogene Intoxication) oder von Toxinen, die von pathogenen, mehr oder weniger specifischen Mikroorganismen producirt werden, oder endlich von gewöhnlichen Fermentationen, die besonders darin bestehen, Laktose in saure Stoffe, seltener stickstoffhaltige Substanzen in Indol, Skatol, Ammoniak, wahrscheinlich mit Production von Toxinen, zu verwandeln. 4. Die Veränderungen der Magendarmwand, welche sich durch Störungen der Secretion, der Peristaltik, des Tonus und der Sensibilität (Erbrechen, Diarrhoe, Meteorismus, Gastralgie) verrathen. Es ist wohl zu begreifen, dass, wenn eine einzige dieser Störungen vorhanden ist, allmählich die anderen daraus entstehen werden; nach mehr oder weniger langer Zeit werden die 4 genannten Ursachen in verschiedener Proportion vereinigt sein und das wird mit dem einfachen Ausdruck Gastroenteritis bezeichnet. Man kann hier wieder primäre und secundäre unterscheiden, welch' letztere im Verlaufe verschiedener Krankheiten, wie Masern, Bronchopneumonie u. s. w. auftreten. Nach dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft ist es wahrscheinlich, dass ein und dieselbe Ursache, der Streptococcus z. B., Magendarmaffectionen verschiedener Formen, katarrhalische oder follikuläre, leichte oder schwere, acute oder chronische verursachen kann; der vorherige Zustand des Darmtractus, die Eigenschaften der vorhandenen Mikrobenschaar, die allgemeine Resistenz des Individuums werden ein und dieselbe primäre Wirkung in ganz verschiedene Wege leiten. Die zu der vorliegenden Arbeit benützte sehr reichliche Literatur ist im Anhange alphabetisch geordnet wiedergegeben.

Charles Nicolle: **Experimentelle Erzeugung des weichen Schankers beim Affen.** (Presse médicale No. 88, 1899.)

Die so oft vergebens versuchte Uebertragung des weichen Schankers auf Thiere gelang N. in einem Falle, indem er ihn vom Menschen auf den Affen einer bestimmten Art überimpfte; es entstand auf der Stirne des letzteren ein typisches Geschwür, welches excidirt wurde und sich vom histologischen wie bacteriologischen Standpunkt aus völlig identisch mit dem weichen Schanker des Menschen zeigte (3 Abbildungen). Von diesem ersten Geschwür aus bildeten sich eine Reihe weiterer durch eine Art Autoinoculation; die Lymphdrüsen waren nicht entzündet. Von den Schankergeschwüren dieses einen Thieres wurden auf 2 weitere Affen anderer Art Ueberimpfungen gemacht und es bildeten sich bei diesen ebenfalls typische Geschwüre. Sie waren insofern verschieden, als bei dem einen Thiere rasche Spontanheilung im Gegensatz zu den beiden anderen erfolgte und eine weitere Ueberimpfung nicht mehr möglich war. Unabhängig von diesen Experimenten wurden auch an Meerschweinchen, Kaninchen, Mäusen Impfversuche gemacht, aber mit stets negativem Resultate. Als auffallend (trotz der speciell gewählten Impfstelle ? Refer.) hebt N. hervor, dass der weiche Schanker an der Stirne sich entwickelt hat, einer Stelle, wo das Vorkommen von Ulcus molle beim Menschen bis jetzt geleugnet worden ist. N. macht schliesslich darauf aufmerksam, dass es bei den Affen eine grosse Reihe verschiedener, bisher kaum bekannter Arten gibt, die eben verschieden sensibel für die bacteriellen Gifte sind, und dieser Verschiedenheit der Arten muss man bei den Impfversuchen in hohem Grade Rechnung tragen.

Ladislaus Deutsch, von der med. Facultät zu Ofen-Pest: **Beitrag zum Studium des Ursprungs der Antikörper beim Typhus.** (Annales de l'institut Pasteur, September 1899.)

Die umfangreiche, aus dem Laboratorium von Metschnikoff stammende Arbeit ist in 2 Hauptabschnitte getheilt. Der erste beschäftigt sich mit dem Ursprung der präventiv gegen den Typhus wirkenden Substanzen, der zweite mit dem Ursprung der Agglutinine und deren Beziehungen zu den Antikörpern. Die einzelnen Phasen der Versuche können hier nicht wiedergegeben werden, sondern Referent muss sich auf die Schlussfolgerungen beschränken. Dieselben bestehen für die erste Frage in Folgendem: 1. Eine einzige intraperitoneale Injection einer Typhuscultur bewirkt die Entstehung der Antikörper beim Meerschweinchen. 2. Die den Typhus bekämpfende Wirkung erscheint im Serum gegen den 4.—5. Tag, nimmt dann zu, um gegen den 11.—12. Tag ihr Maximum zu erreichen. Sie nimmt nun ab kann aber noch 1 Monat nach der Injection evident gemacht werden. 3. Die antityphöse Kraft ist wenig beträchtlich in der Leber, Niere, in den Nebennierenkapseln, im Epiploon. Die Stärke der antityphösen Wirkung des Bauchfellexsudats kommt zuweilen derjenigen des Serums gleich, ohne sie jemals zu übertreffen. 4. In einem Viertel bis einem Fünftel der Fälle sind das Knochenmark und in der Hälfte der Fälle die Milz wirksamer als das Serum. 5. Die lymphoiden Organe stehen in Beziehung zur Bildung der Antikörper; aber ziemlich oft (ein Drittel der Fälle) nehmen sie daran nicht Theil und es ist zu vermuthen, dass sich dann diese Körper anderswo, vielleicht im Blute selbst, bilden. Die wichtige Rolle der erwähnten Organe (Knochenmark, Milz) ist durch folgende Thatsachen bewiesen: Die Splenektomie der Thiere während der ersten Tage ihrer Immunisation ist von einer beträchtlichen Verminderung der antityphösen Kraft gefolgert, die Injection von so exstirpirten Milzen in das Bauchfell anderer Meerschweinchen bewirkt das Auftreten specifischer Agglutinine in dem Blut derselben, was beweist (aber nur, wenn Immunisirung und Agglutinirung nahe verwandt sind; Refer.), dass gegen den Typhus wirkende Substanzen in der Milz fixirt vorkommen. Die vorliegenden Experimente zeigen nicht, welches die Zellen sind, die die Bildung der Antikörper bewirken, sondern nur die Stellen, wo dies geschieht. Wenn man einerseits den lymphatischen Charakter dieser Stellen (Blut, Milz, Knochenmark), andererseits die grosse Veränderlichkeit der beobachteten Thatsachen bedenkt, so hält D. die Annahme für wohl berechtigt, dass dies Wanderzellen leukocytären Ursprungs sind, die, mit Bacterienproducten beladen, dort die Antikörper bilden. Bezüglich der Agglutinine (II. Theil der Arbeit) ergab sich Folgendes: 1. Die intraperitoneale Injection einer Typhuscultur bewirkt beim Kaninchen das Auftreten einer agglutinirenden Wirkung im Serum. 2. Das Auftreten und die Entwicklung derselben ist oft denselben Regeln unterworfen wie das Zustandekommen der Antikörper, sie entsteht gegen den 3.—4. Tag, nimmt bis zum 10.—13. Tag zu und nimmt dann allmählich wieder ab. Die correspondirenden Werthe wechseln ziemlich beträchtlich bei den verschiedenen Thieren. 3. Was die Organe der immunisirten Thiere, Leber, Nieren, Nebennierenkapseln betrifft, so enthalten sie nur Spuren von Agglutininen, die lymphoiden Organe (Milz, Knochenmark, Drüsen) enthalten wechselnde Mengen, ohne den Werth des Serums zu erreichen. 4. Geht die Milzexstirpation der immunisirenden Injection voraus, so verhindert sie nicht die Bildung der Agglutinine; wird sie 3—5 Tage nach der Injection gemacht, so erscheinen dieselben nur in geringerer Menge, als der Norm entspricht. Die Milz muss also Substanzen einschliessen, welche von den Bacterien herrühren und die Bildung der Agglutinine hervorrufen. Die Lungen können als die einzigen Organe des Meerschweinchens angesehen werden,

welche in der Mehrzahl der Fälle eine grössere Agglutinationsfähigkeit besitzen als das Serum. Diese Wirkung des Lungenextracts ist keine specifische, sondern muss als absolut unabhängig von der Wirkung der specifischen Agglutinine des immunisirten Serums angesehen werden. Trotzdem soll es gewisse Analogien geben, wonach die normalen Agglutinine von jenen der Lunge herrühren. Der Lungensaft ist die erste bekannte thierische Flüssigkeit, welche, obwohl stark agglutinirend, keine Antikörper (mit Präventivwirkung) enthält.

J. Colard: **Darstellung des Caseins als pyogene Substanz.** (Ibidem.)

Buchner hat zuerst im Jahre 1890 das vegetabilische Casein als eine Substanz angewandt, die leicht die Eiterung gewisser Gewebe und speciell der Pleura hervorruft und damit das Studium der Alexine, der präventiven und bactericiden Substanzen ermöglicht. Da nun Colard die gewöhnlich im Handel vorkommenden Caseine als unreine Präparate fand, so ersann er eine Methode, wonach es gelang, ein sehr reines Caseinpräparat darzustellen, welches beträchtliche pyogene Wirkung besitzt, wie Gengou bereits in seinen Versuchen constatirt hat. Die Darstellung geschieht aus Weizenmehl, aus welchem zuerst Gluten gewonnen wird und aus diesem dann durch Maceration mit verdünnter Kalilauge, Essigsäure und Alkohol oder Reihe nach das vegetabilische Casein. 1 Kilo Mehl gibt ungefähr 20 g des letzteren. Man kann das Casein auch aus Leguminosen-Körnern ausziehen. Es ist in schwach alkalischer Lösung sehr Leukocyten anziehend; um Eiterung hervorzurufen, genügt es, in die Pleura 8—10 ccm dieser 5—10 proc. alkalischen Lösung zu injiciren; den folgenden Tag kann man eine beinahe gleiche Menge Eiters entnehmen.

Stern-München.

Englische Literatur.

James C. Reeve: **Welches ist der beste Draht zur Einführung in einen aneurysmatischen Sack?** (Annales of Surgery, December 1899.)

Verfasser operirte einen 49 jähr. Mann, der an einem grossen Aneurysma der Bauchaorta litt. Unter localer Anaesthesie öffnete er die Bauchhöhle, stach eine Hohlnadel in den Sack ein und führte 7 Fuss versilberten Kupferdrahtes ein; dann verband er den Draht mit dem positiven Pole einer galvanischen Batterie und liess einen Strom von 80 MA. durchgehen. Da dies keine Schmerzen verursachte (heftige Schmerzen bei einem Versuche, den Strom auf 110 MA. zu bringen), liess er den Strom 50 Minuten lang einwirken, nach welcher Zeit eine deutliche Gerinnung aufgetreten war. Die Blutung aus der Einstichöffnung stand bald. Patient starb 24 Stunden nach der Operation. Bei der Section zeigte es sich, dass eine Drahtschlinge etwa 10 Zoll weit in die Aorta vorgedrungen war, das freie Ende des Drahtes reichte aber sogar bis zur Aortaklappe, die es ekchymosirt hatte. Verfasser machte im Anschluss an diese Operation eine Reihe von Experimenten und fand, dass dünner, vorher aufgesputter Silberdraht sich am meisten zur Einführung in ein Aneurysma eignet.

A. H. Miller: **Narkose mit Lachgas und Aether.** (Ibid.)

Verfasser empfiehlt das Chloroform ganz aufzugeben und zum Aether überzugehen. Die dem Beginn der Aethernarkose anhaftenden Unannehmlichkeiten umgeht er, indem er zuerst Lachgas gibt. Die Zeit bis zum Eintritt völliger Betäubung beträgt im Mittel etwa 3 Minuten; man braucht, wenn man erst gelernt hat, gerade im richtigen Momente vom Gas zum Aether überzugehen, nur sehr wenig Aether zum Unterhalten einer tiefen Narkose. 24 Proc. aller Narkotisirten brachen nicht nach der Narkose, nur 5 Proc. hatten wirklich starkes Erbrechen, wie es nach Chloroformnarkose so häufig ist.

Saundby: **Das Influenzaherz.** (Birmingh. med. Review, November 1899.)

Herzerkrankungen nach Influenza sind sehr häufig, meist sind sie functioneller Art und bestehen in Veränderungen der Frequenz und des Rhythmus (am häufigsten besteht Verlangsamung des Pulses); sie gleichen nicht selten den Störungen, die durch Tabak- oder Alkoholmissbrauch hervorgerufen werden. Die organischen Erkrankungen bestehen meist in Erweiterung der Ventrikel, die namentlich bei schwächlichen Kranken oft durch eine schleichende Myocarditis und Verfettung hervorgerufen wird. Frauen leiden nach Influenza nicht selten an monatelang anhaltender Unregelmässigkeit und Aussetzen des Pulses, verbunden mit Schwächegefühl, Depression und Magenbeschwerden, dabei lassen sich physikalisch keinerlei Aenderungen am Herzen nachweisen. Männer leiden mehr an Herzerweiterung, die oft zu einem systolischen Mitralgeräusch führt. Functionelle Störungen sind mit Ruhe, Diät, Eisen und Arsenik, bei rapidem Puls auch mit Digitalis zu behandeln. Organische Störungen werden am günstigsten durch die Schott'sche Methode beeinflusst.

Conolly Normann: **Die klinischen Zeichen der Beri-Beri-Krankheit.** (Dublin Journal of med. Sciences, 1. Januar 1900.)

Verfasser beobachtete eine grosse Epidemie dieser seltenen Krankheit im Irrenhause in Dublin. Es wurden hauptsächlich die Geisteskranken (erst später auch vorher gesunde Menschen) ergriffen. Bei den nicht Geistesgestörten gingen leichte Ermüdung, gelegentlich Wadenkrämpfe und Kurzathmigkeit bei geringer Anstrengung oft längere Zeit den schwereren Symptomen voraus. Manchmal begannen die letzteren mit einer heftigen Temperatursteigerung. Die einmal ausgebrochene Krankheit war äusserst verschieden in ihrem Verlaufe. Manche Fälle kamen nie über das mildeste Stadium der Abortivform heraus (Scheube). Es bestanden dann nur die schon erwähnten Prodrome mit vorübergehendem, praetibialem Oedem und Herabsetzung der Hautsensibilität in den Beinen; gewöhnlich bestand nur leichte Tachycardie bei diesen Fällen, manchmal aber war das Herz bei sonst ganz leicht scheinenden Fällen schwer erkrankt, so dass es zu plötzlichem, unerwartetem Herztod kam. Ueberhaupt war die Prognose stets sehr schwierig zu stellen, da ganz leicht verlaufende Fälle unvermittelt die schwersten Symptome entwickelten. So war auch die Dauer der Erkrankung sehr unbestimmt, da Rückfälle häufig vorkamen.

Die von Anfang an schwer erscheinenden Krankheitsfälle schienen schneller zu enden, als die leichteren, sei es nun in Heilung oder in Tod. Mit der Verschlimmerung der Fälle nahmen die Oedeme und die Unempfindlichkeit zu; verschwanden diese wieder, so blieben Lähmungen und grosse Abmagerung zurück; in günstig verlaufenden Fällen wurden auch diese Symptome völlig beseitigt. Verschlimmerte sich der Zustand des Herzens, so trat oft kurz vor dem Tode Erbrechen auf, das vom Verfasser desshalb als prognostisch ungünstiges Zeichen angesehen wird; Lungenoedem war eine sehr häufige Todesursache, dabei fand man oft Hydropericard und Hydropleura. Zuweilen erfolgte der Tod auch durch Lähmung der Athemmuskeln. Unter den Irren erkrankten auffallend häufig die Epileptiker und diese starben nicht selten während eines Anfalles oder kurz nach demselben.

F. H. Champneys: **Einige Punkte aus der Naturgeschichte der Uterusfibrome.** (Lancet, 20. Januar.)

Der sehr sachlich und klar geschriebene Artikel wendet sich, ohne Namen zu nennen, gegen die Operationswuth gewisser Gynäkologen, die für die Myomoperation dieselben Indicationen aufstellen wollen, wie für die Entfernung der Eierstockscysten und die, um ihre zahlreichen Operationen zu rechtfertigen, die Gefahren, die ein Fibrom der Trägerin bringt, bedeutend übertrieben haben. Die so häufig betonte Neigung der Fibrome, sarkomatös zu entarten, ist nach Verfassers Ansicht eine sehr grosse Seltenheit, ebenso selten führen durch Uterusfibrome bedingte Blutungen zum Tode; am häufigsten tritt noch der Tod in Folge dieser Tumoren ein durch Compression oder Abknickung der Harnleiter und dadurch bewirkte Nierenveränderung. Um sich nun ein genaues Bild davon zu machen, wie häufig ein unbehandeltes Uterusfibrom zum Tode führe, hat Verfasser das gewaltige Krankenmaterial des Bartholomäus-Hospitales daraufhin untersucht. Das Krankenhaus zieht sein Material aus einem bestimmten Stadtviertel und es ist anzunehmen, dass die meisten Kranken dieses Stadttheiles dies Hospital wieder und wieder aufsuchen. Verfasser sucht nun erst festzustellen, wie häufig die Erkrankung überhaupt sei, findet aber, dass eine derartige, selbst nur annähernd richtige Schätzung unmöglich sei, da sowohl in der Hospital- wie in der Privatpraxis zahlreiche Fälle von kleineren, intramural oder subserös liegenden Tumoren übersehen werden. Von 2 160 112 Frauen, die in 32 Jahren in seinem Hospitale poliklinisch behandelt wurden, litten 40 615 an einer gynäkologischen Krankheit, unter diesen wiederum wurde 1043 mal ein Fibromyom diagnosticirt. Auf seiner Abtheilung behandelte Verfasser in den letzten 18 Jahren 5785 gynäkologische Fälle, unter denen er 547 mal ein Uterusfibrom diagnosticirte. Betrachten wir nun die Statistik des Leichenhauses, so finden wir, dass in 32 Jahren 1398 Frauen über 30 Jahre secirt wurden, welche auf der medicinischen Abtheilung behandelt worden waren. Unter diesen 1398 Fällen wurde 74 mal das Vorhandensein von Fibromen notirt (gewiss sind manche Fälle übersehen worden), doch nur 3 mal konnte das Fibrom in Zusammenhang mit dem Tode gebracht werden.

In 14 Jahren wurden von der chirurgischen Abtheilung 462 weibliche Leichen von über 30 Jahren geliefert, bei denen 67 mal ein Fibrom gefunden wurde. Unter diesen waren 15 in Folge einer Operation an dem Fibrome gestorben. (Diese Zahl erschöpft nicht alle Todesfälle, da bei einer Reihe in Folge von Myomoperationen gestorbener Frauen die Section verweigert wurde.)

Um zu einer genaueren Statistik zu kommen, hat nun Verfasser die Operationsresultate 5 Londoner Hospitäler zusammengestellt. In 9 Jahren wurden 423 Fälle operirt mit einer Mortalität von 74, gleich 17 Proc. Die verhältnissmässig sehr geringe Zahl von Operationen zeigt, dass meist schwere Fälle operirt wurden. Operirt Jemand sehr viele Myome, so muss ja die Mortalität sinken, da die manuelle Geschicklichkeit des Operateurs wächst und zahlreiche leichte Fälle mit unterlaufen. Verfasser kommt dann zu dem Schlusse, dass heutzutage viel zu häufig bei diesen Fällen operirt wird. Eine Indicatio vitalis, wie sie bei jedem Ovariencystom besteht, besteht bei dem Uterusfibrom fast nie; desshalb muss jeder Fall individuell betrachtet werden und stets soll man vor der Operation andere Behandlungsmethoden versuchen. Am häufigsten werden Blutungen, Schmerzen und Druckerscheinungen den Anlass zur Entfernung dieser Tumoren geben, stets aber sei man sich bewusst, dass jedes Symptome so gut wie nie zum Tode führt. (Wenn wir auch dem Verfasser unbedingt Recht geben müssen in seiner Verdammung der jetzt herrschenden Operationswuth, die jedes auch nur zufällig gefundene Myom entfernen will, so ist doch ein allzu conservativer Standpunkt bei dem Zustande der heutigen Technik nicht mehr gerechtfertigt, nach Verfassers Statistik haben allerdings die 5 Londoner Spitäler heute noch dieselbe Mortalität wie vor 10 Jahren, doch liegt dies zum Theil sicherlich an der Missachtung, die manche hiesige Gynäkologen den Forderungen der modernen Wundbehandlung

entgegenbringen; unsere eigenen, ebenfalls in London erzielten Resultate der Myomoperationen sind jedenfalls bedeutend bessere. Der Refer.)

A. E. Wright: **Die Resultate der Impfungen gegen Abdominaltyphus.** (Ibid.)

Verfasser machte die Impfungen an Soldaten, während er mit der englischen Pestcommission in Indien war (Ende 1898 und Anfang 1899). Nur ein Theil der Vaccine konnte aus England mitgenommen werden und bestand aus Culturen virulenter Typhusbacillen, denen 1 proc. Lysol zugesetzt war und die man bei 60° C. sterilisirt hatte. Von dieser Vaccine wurden 0,5 bis 0,75 ccm eingeimpft (dies war die Dosis, welche für 100,0 Meerschweinchen tödtlich war). Leider konnte meist nur eine Impfung vorgenommen werden (da die Commission nur kurze Zeit an einem Orte blieb) und nicht, wie Verfasser sonst verlangt, zwei. Ein anderer Uebelstand war der, dass die Flasche, welche die Vaccine enthielt, häufig geöffnet werden musste; um etwaige Verunreinigungen unschädlich zu machen, wurde vor jeder neuen Serie von Impfungen die Flasche neuerdings einer Temperatur von 60° C. ausgesetzt und glaubt Verfasser, dass dieses wiederholte Sterilisiren die Wirksamkeit der Vaccine abgeschwächt hat. Ein weiterer Theil der Vaccine wurde in Indien selbst hergestellt, doch zeigte sich die Virulenz dieser Culturen an Meerschweinchen als viel geringer. Was nun die Impflinge anlangt, so handelte es sich zumeist um ganz junge, frisch aus England herübergekommene Soldaten, die erfahrungsgemäss dem Typhus viel häufiger zum Opfer fallen, als ältere, mehr acclimatisirte Leute. Dies muss man bei der Beurtheilung der nachfolgenden Zahlen berücksichtigen. Ungünstig war auch der Umstand, dass viele Impfungen während des Bestehens von Typhusepidemien vorgenommen wurden, so dass ohne Zweifel zahlreiche Leute geimpft wurden, welche den Keim der Krankheit schon in sich trugen und auch nach wenigen Tagen erkrankten, dies verschlechterte natürlich auch die Statistik. Die weiteren Beobachtungen an den Mannschaften wurden von den betreffenden Militärärzten und von den Officieren vorgenommen. Die Beobachtungsdauer erstreckte sich auf etwa 9 Monate. Geimpft wurden 2835 Mann, nicht geimpft in denselben Truppentheilen 2460 Mann. Von den Geimpften erkrankten 27 (0,95 Proc.) und starben 5 (0,2 Proc.), von den Nichtgeimpften erkrankten 213 (2,5 Proc.) und starben 23 (0,34 Proc.). (Berücksichtigen wir die Thatsache, dass die Geimpften, wie oben erwähnt, durchweg die jungen, mehr empfänglichen Leute waren, so scheint der erzielte Erfolg zur Nachprüfung und zum Weiterarbeiten aufzufordern. Es sind denn auch ein grosser Theil der jetzt in Afrika kämpfenden Soldaten vor ihrer Abreise gegen Typhus geimpft worden. Refer.) Interessant ist noch, dass mehrere Aerzte an Wright geschrieben haben, um ihm mitzutheilen, dass die gegen Typhus geimpften Soldaten auch einen gewissen Schutz gegen Malaria erworben zu haben schienen.

S. Davey und Fr. Eve: **Magenperforation durch Operation geheilt.** (Ibid.)

Dieser Fall ist besonders aus folgendem Grunde werth referirt zu werden. Die 38jährige Frau, die seit längerer Zeit an Symptomen eines Magengeschwüres gelitten hatte, bot am Morgen des 6. November plötzlich die Zeichen einer stattgehabten Perforation dar. Sehr heftige Schmerzen, die durch die leiseste Berührung der rigiden Bauchdecken bedeutend vermehrt wurden, absolute Ruhelage mit angezogene Beinen, kleiner, schneller Puls, Kälte der Extremitäten und Nase, Erbrechen. Der Hausarzt diagnosticirte die Perforation und telegraphirte nach einem Chirurgen, gab aber zugleich ¼ Gran Morphium subcutan. Als der Chirurg kam, waren alle schweren Symptome verschwunden und die Kranke erklärte sich für ganz wohl, der Bauch war weich und nicht besonders schmerzhaft bei Berührung. Da aber der Hausarzt auf seiner Diagnose bestand und die Temperatur 102° F. betrug, so entschloss man sich zur Probelaparotomie, die ein perforirtes Ulcus der hinteren Magenwand aufdeckte. Die Kranke genas. (Der Fall beweist, wie so viele andere, wie unrichtig es ist, bei dunklen Abdominalerkrankungen Narkotica zu geben, hätte der Chirurg dem scheinbar berechtigten Drängen der Verwandten nachgegeben und bis zum nächsten Morgen mit der Operation gewartet, so wäre die Kranke kaum noch zu retten gewesen. Refer.)

R. W. Murray und Coates: **Zehn Fälle von Anthrax.** (Ibid.)

Die Verfasser beobachteten innerhalb weniger Monate 10 Fälle von Anthrax in Liverpool, die alle aus Gerbereien stammten, in welchen chinesische Häute verarbeitet wurden. In jedem Falle wurde die locale Schwellung in toto excidirt, die Wunde mit reiner Carbolsäure behandelt und dann mit gepulverter Ipecacuanha bestreut. Ipecacuanha wurde auch innerlich gegeben. 9 Fälle genasen unter dieser Behandlung, bei dem gestorbenen konnte die Operation nicht mehr die schon aufgetretenen schweren Lungenerscheinungen aufhalten.

H. W. Page: **Die Behandlung der Volkmann'schen ischaemischen Muskellähmung durch Verlängerung der Sehnen.** (Lancet, 13. Januar.)

H. Littlewood: **Einige Complicationen, die den Verletzungen des Ellbogengelenkes folgen können und die Behandlung derselben.** (Lancet, 3. Februar.)

Obwohl Littlewood seinen Fällen eine andere Entstehungsursache zuschreibt, handelt es sich doch sicherlich um das von v. Volkmann als ischaemische Muskelcontractur beschriebene Krankheitsbild, dessen Entstehung Page ausführlich auseinandersetzt, ohne jedoch dem deutschen Leser etwas Neues zu bieten. Neu und interessant ist aber die Behandlungsmethode, die beide Autoren, wie es scheint, unabhängig von einander ersonnen und in mehreren Fällen mit sehr gutem Erfolge ausgeführt haben. Durch einen Hautschnitt in Form eines Rechtecks legt man oberhalb des Handgelenkes die Beugesehnen frei; dann wird jede Sehne in der Mitte längsgespalten. Am Ende des Längsspaltes durchschneidet man quer den Aussentheil der Sehne, am Anfang des Längsspaltes den Innentheil, die Sehne ist nun ganz getrennt und lässt sich nach Belieben verlängern. Sowohl die oberflächlichen wie die tiefen Beuger werden so behandelt und nach gehöriger Längsverschiebung mit Seide genäht. Sobald die äussere Wunde geheilt ist, beginnt man vorsichtig mit passiven Bewegungen und Massage und sorgt durch geeignete Schienen für Erhaltung des Gewonnenen. Die Erfolge dieser allerdings mühsamen Behandlung scheinen vortrefflich zu sein.

J. W. Stenhouse: **Septische Lymphangitis im Verlaufe der Ureteren, Pyelonephritisbehandlung mit Antistreptococcenserum. Heilung.** (Ibid.)

Ich habe dem Titel nichts hinzuzufügen, als dass zugleich mit der Serumbehandlung grosse Dosen von Chinin gegeben wurden. Collier, der den Fall in Consultation sah, erwähnt in einem Nachwort, dass er 2 sehr schwere Fälle von acuter allgemeiner Pyaemie durch diese Behandlung von sicher in Aussicht scheinendem Tode gerettet habe.

S. A. Smith: **Laryngo-Tracheo-Bronchiale Diphtherie. Tracheotomie nöthig trotz Intubation. Intravenöse Injection von Antitoxin.** (Intercol. Med. Journ. of Australasia. October 1899.)

9jähriger Knabe kommt mit Athemnoth aus der Schule, am nächsten Morgen starke Cyanose; Belag am Gaumen, Intubation und Injection von 3000 Einheiten Behring'schen Serums. Am folgenden Tage Verschlimmerung, desshalb 3000 Einheiten subcutan und 4500 Einheiten intravenös in die Vena basilica mediana. Da die Athmung am folgenden Tage noch behinderter wurde, wird zur Tracheotomie geschritten, die aber auch nichts hilft, nun künstliche Athmung, diese befördert einen Abguss des Bronchialbaums und der Trachea heraus, der mit einer gebogenen Zange entwickelt wird. (Der mächtige Abguss ist abgebildet.) Unter weiterer Antitoxinbehandlung (im Ganzen 15 000 Einheiten halb subcutan, halb intravenös) kommt es zur Heilung.

C. W. Mansell-Moullin: **Die Indicationen zum operativen Eingreifen bei der Appendicitis.** (Lond. Hosp. Gaz. Clinic. Supplem., p. 22.)

Verfasser sucht statistisch nachzuweisen, dass von Appendicitisfällen, die in den 3 ersten Krankheitstagen zur Operation kommen, 83 Proc. geheilt werden, von am 4. und 5. Tage operirten nur 60 Proc., von am 6. Tage 58, operirt man erst am 10. Tage so werden nur noch 30 Proc. geheilt. (Eine derartige Statistik ist natürlich absolut werthlos. Refer.) Verfasser folgert daraus, dass man mit ganz wenigen Ausnahmen, die in den ersten Krankheitsstunden durch innere Mittel wieder besser werden, alle Fälle sofort operiren soll. Als Indicationen zur sofortigen Operation sieht er an: Schmerzen, namentlich wenn sie von Collaps begleitet sind, diese zeigen erfolgte Perforation an; heftige Schmerzen, die länger wie 36 Stunden anhalten, erfordern die Operation. Opium darf nie gegeben werden, da es die Schmerzen verdecken kann. Steigt die Pulsfrequenz über 100 oder beim Kinde über 120, so operire man. Entwickelt sich während des Anfalls eine Resistenz, so operire man auch in anscheinend leichten Fällen. Die Temperatur bietet kein sicheres Kennzeichen, höchstens fordert ein plötzlicher Abfall unter die Norm zur Operation auf. Meteorismus verlangt sofortige Operation. Zum Schlusse gibt Verfasser folgende Regeln: Bei sehr acutem Einsetzen der Krankheit operire man sofort, bei milderen Fällen warte man 36 Stunden, ist bis dahin nicht bedeutende Besserung eingetreten, so operire man. Alle Fälle sollten von Anfang an unter chirurgischer Behandlung stehen.

R. C. Buist und A. M'Gillivray: **Ophthalmoblennorrhoea der Neugeborenen.** (Scottish Med. and Surgic. Journ. Februar 1900.)

Die beiden Verfasser, von denen der erstere Geburtshelfer, der zweite Augenarzt ist, haben zusammen, jeder vom Standpunkte seiner Specialität aus, eine Bearbeitung dieser so häufigen und zumeist vermeidbaren Augenaffectionen gegeben. Buist betont in seinem Abschnitt vorwiegend die Prophylaxe. In England, wo jede Frau schon lange vor der Entbindung den Arzt engagirt, ist dieselbe doppelt leicht durchzuführen. Man sehe also schon vor der Geburt, ob ein pathologischer Ausfluss vorhanden ist; im Bejahungsfalle untersuche man sorgfältig auf Gonococcen und behandle etwaige Gonorrhoe. Findet man erst während der Geburt einen eitrigen Ausfluss, so kann man die Scheide ausspülen, aber nur mit Wasser, Antiseptica sind zwecklos. Sehr wichtig ist in jedem Falle die gründliche Reinigung der Vulva mit Seife und Bürste. Sobald der Kopf geboren ist, reinige man sorgfältig mit trockener Watte die Augen von aussen; will man eine Lösung gebrauchen, so benutze man physiologische Kochsalzlösung. Nur bei sicherer oder verdächtiger Gonorrhoe der Mutter sind kräftigere Mittel am Platz. Allen voran steht hier die Behandlung nach Credé. Während der Wochenbettsbesuche untersuche man jedesmal die Augen des Kindes und bei dem geringsten Secret träufle man Höllensteinlösung ein, wird der Fall nicht schnell besser, so rufe man einen Augenarzt. M'Gillivray, der die eigentliche Behandlung bespricht, lässt das Auge zweistündlich mit Formol (1:2000) auswaschen, daneben werden 1 mal täglich

die evertirten Lider mit Höllensteinlösung (2 proc.) gepinselt. Am sorgsamsten achte man darauf, dass die Cornea nicht gekratzt wird. Das gesunde Auge schützt man dadurch, dass man das Kind auf die kranke Seite legt. Wer sich für die genaueren Behandlungsmaassregeln interessirt, möge das gut geschriebene Original lesen.

Sir Samuel Wilks: **Zur Behandlung der Pneumonie.** (Practitioner. Februar 1900.)

Verf., der auf eine lange Hospitalthätigkeit, sowie auf eine selten ausgedehnte consultative Praxis zurücksieht, wendet sich in diesem Aufsatz gegen den praktischen Arzt von heute. Keine Krankheit wird so häufig übersehen wie die so leicht zu erkennende Pneumonie und zwar meist, weil der Arzt nicht genau untersucht. Findet aber der Arzt eine Pneumonie, so sucht er sie „wissenschaftlich" zu behandeln, indem er mit Antipyrin beginnt, um das Fieber herabzusetzen, dann wird Digitalis gegeben, um den Puls herabzusetzen, ein Expectorans beseitigt den Schleim, Bromkali den Hustenreiz und Strychnin kommt am Schluss als Tonicum für die Lunge. Wilks selbst hält nichts von all' diesen Droguen, glaubt aber, dass im Beginn ein Mittelsalz und dann Antimon wirksam sein könne. Als Hauptmittel betrachtet er aber wie auch Sir William Gull, sein verstorbener College, das Opium, während er die Alkaloide desselben für direct schädlich hält. Ebenso hält er für schädlich kalte Einpackungen und die so vielfach geübte „stimulirende" Ernährung. Der Aufsatz ist sehr interessant geschrieben, mehr allerdings wegen seines allgemeinen Inhaltes als wegen der specifischen Pneumoniebehandlung mit Opium.

Sir Hermann Weber: **Die Behandlung der Pneumonie.** (Ibid.)

Auch Weber kann auf eine lange Hospital- und Privatthätigkeit zurückblicken und er gibt uns hier eine Uebersicht seiner mehr als 50 jährigen Erfahrungen. Zuerst behandelte er unter Nasse die Pneumonie mit Blutentziehungen und kleinen Dosen von Tartar. stibiat. Kindern wurden 4—5 Blutegel angesetzt, ältere Kinder wurden geschröpft und Erwachsenen wurde zur Ader gelassen. Es starben unter dieser Behandlung etwa 12 Proc.. Dann verliess man den Aderlass und gab grosse Dosen von Tart. stibiat. (Erwachsene bis zu 3,0, Kinder 0,8 täglich). Hier bei starben 17 Proc. Ebenso hoch war die Sterblichkeit, als man sich der von Wilks so gepriesenen Opiumbehandlung zuwandte. Dann behandelte Weber einen Theil seiner Pneumonien mit kleinen Aderlässen, einen anderen Theil mit kleinen Dosen von Tart. stibiat. Beide Behandlungsweisen ergaben die gleiche Sterblichkeit, nämlich 14 Proc. Alle diese Methoden versuchte er in Bonn und Umgebung. In London am German Hospital begann er zuerst mit grossen Dosen Chinin 1.25 am Tage und erreichte eine Sterblichkeit von 13 Proc. Dabei schränkte er den Alkoholgebrauch nach Möglichkeit ein. Später liess er Jahre lang alle Medicamente fort und beschränkte sich auf sorgfältige Pflege, auch bei dieser Behandlung (ohne Alkohol) hatte er eine Mortalität von 13 Proc., dieselbe, die er erzielte, als er ausser sorgfältiger Pflege kleine Dosen von Stib. tartar. und feuchte Wickel anwandte. Auch die Salicylbehandlung wies weder bessere noch schlechtere Resultate auf. Das ganze Hauptgewicht ist demnach auf sorgfältige Pflege zu legen, dabei können kleine Aderlässe und kleine Dosen von Tart. stibiat. oft gute Dienste thun.

In England soll nach Weber die Pneumonie im Allgemeinen eine bessere Prognose darbieten wie in Deutschland.

St. John Moses: **Exstirpation einer verletzten Milz.** (Lancet. 27. Jan.)

Der Fall ist interessant, weil ein offenbar nicht sehr chirurgisch vorgebildeter Arzt in Indien die Excision der verletzten und zum Theil vorgefallenen Milz vornahm. Der Stumpf wurde extraperitoneal behandelt. Die Heilung ging glatt von statten und es kam zu keinen Ausfallserscheinungen; die Lymphdrüsen schwollen nicht an.

J. P. zum Busch-London.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 14. Februar 1900.

Demonstrationen.

Herr **M. Wolff:** Einen neuen **elektrischen Augenspiegel**, welcher das Augenspiegeln sehr erleichtert.

Herr **R. Virchow: Magencarcinom mit multiplen Knochenmetastasen**, die zu cystischen Bildungen führten.

Herr **Ledermann:** Frau mit **Lichen ruber verrucosus.**

Herr **Pick:** Präparate von **multiplen Flimmerepithelcysten** des Peritoneums bei gleichzeitigen Ovarialcystomen. Die ersteren sind keine Metastasen, sondern entstehen autochthon durch Epitheleinstülpungen.

Discussion: Herr L. Landau weist auf die praktische Bedeutung dieser Untersuchungen hin, da dadurch gegebenen Falles die Prognose viel günstiger würde.

Herr **Hansemann:** Eine **Fischgräte**, welche zufällig neben einem Processus vermiformis gefunden wurde und von H. als Beispiel insensibler Durchwanderung von Fremdkörpern durch den Darm betrachtet wird. Ebenso auffassen zu dürfen glaubt er das zweite Präparat; in diesem findet sich auf dem Pericard ein 6 cm langes, schmales, zartes, spitzes Stück Gras oder Rohr von gut erhaltener grüner Farbe; Spitze nach oben gerichtet. Einige feine Fädchen fixiren das untere Ende auf dem Pericard. H. glaubt nun, dass dieser Fremdkörper aus dem unteren Oesophagus durch dessen Wand hindurchgewandert sei.

Tagesordnung.

Herr **Arnheim: Beitrag zur Bacteriologie des Stickhustens.**

An ca. 40, zum Theil obducirten Fällen konnte Vortr. den Czaplewski'schen Keuchhustenbacillus bestätigen.

Discussion: Herr **Ritter** glaubt, dass sein von ihm im Jahre 1892 beschriebenes Bacterium identisch mit den Czaplewski'schen sei.

Herr **Aronson:** Der Ritter'sche Coccus sei zwar von Ritter nach und nach zum Bacillus umgewandelt worden, habe aber mit dem Czaplewski'schen, den er selbst auch bestätigen könne, gar nichts zu thun. H. Kohn.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 13. Februar 1900.

Vorsitzender: Herr Kümmell.

I. Vor der Tagesordnung verliest Herr **Staude** im Auftrage der geburtshilflichen Gesellschaft den an anderem Orte dieser Nummer (S. 260) abgedruckten offenen Brief an Prof. Hofmeier und bittet die Versammlung, in eine Discussion der Angelegenheit einzutreten. An derselben betheiligen sich ausser dem Antragsteller die Herren Oehrens, Reincke, Kümmell, Wallichs und Roesing. Die Redner erklären sich mit dem Tenor des Schreibens einverstanden. Es wurde betont, dass in der Discussion zum Ausdruck gebracht sei, dass von Einzelnen aufgestellte Axiome in wissenschaftlichen, noch nicht spruchreifen Fragen keineswegs als Richtschnur für den Praktiker angesehen werden dürften. Die von autoritativer Seite in noch discutirbaren, strittigen Fragen in's Treffen geführten Drohungen, das Befolgen oder Nichtbefolgen irgend einer zugehörigen Maassnahme sei als Vergehen im Sinne des § 222 des Str.-Ges.-B. anzusehen, lähmten die freie wissenschaftliche Entwickelung der Medicin. Es sei dagegen Front zu machen, dass durch derartige Aeusserungen ein Zustand geschaffen wird, dass immer ein Büttel hinter dem Arzt stände.

II. **Demonstrationen:**

1. Herr **Nonne** bespricht unter Vorstellung von drei geheilten Patienten die **Encephalitis.** Es handelte sich um junge Leute, die im Anschluss an Erkältung oder Infectionskrankheiten (Influenza) plötzlich mit Fieber, Erbrechen, Kopfschmerz, Nackensteifigkeit erkrankt waren. Mehrfach bestand choreatische Unruhe, Jactationen, Stupor, in einem Falle Neuritis optica, in einem anderen eine mehrmonatliche, langsam zurückgehende motorische und sensorische Aphasie neben rechtsseitiger Facialisparese. Ein weiterer Fall bot neben allgemeinen cerebralen Symptomen eine Parese der Rumpfmusculatur, Abducensparese, gesteigerte Sehnenreflexe der einen Seite. Die Differentialdiagnose gegen Meningitis cerebrospinalis, serosa, tuberculosa, Apoplexia cerebri, Tumor cerebri war in jedem Falle schwierig. Der Ausfall der Spinalpunction, die Art des Verlaufes sicherten die Diagnose. Von einem mit einem Hirntuberkel complicirten Falle, der zur Section gelangte, demonstrirt N. Präparate.

2. Herr **Lauenstein** bespricht den **Nierensteinnachweis im Röntgenbild.** In einem von ihm durch Nephrektomie geheilten Falle handelte es sich um eine mobile Niere, deren Steine aus kohlensaurem Kalk und Tripelphosphat bestanden. Trotz dieser chemischen Zusammensetzung, die für Röntgenstrahlen ziemlich durchlässig ist, erschien nach 1½ Minute langer Bestrahlung ein deutlicher Schatten der Nierensteine oberhalb der rechten Darmbeinschaufel.

III. Herr **Fraenkel: Demonstration von Influenzapräparaten am Projectionsapparat.**

Redner bespricht zunächst die Biologie des von Pfeiffer entdeckten Erregers der seit 1889 bei uns endemischen Influenza. Die zur Zeit in einem grossen Theil von Europa grassirende Epidemie betrachtet er nicht als neu eingeschleppt, sondern als ein Wiederaufflackern der Krankheit. Die derzeitige Epidemie ist in Hamburg durchaus gutartig. Die demonstrirten Präparate stammen aus Obductionen im Jahre 1895. Redner demonstrirt Reinculturen und Sputum mit Influenzabacillen, ferner Schnitte aus der Lunge und dem Centralnervensystem. Er bespricht ausführlich zwei von ihm secirte Fälle von Influenzameningitis, in denen sich ein massenhaftes, eitriges Exsudat zwischen den weichen Häuten vorfand, das sogar zu einer Zerreissung der weichen Häute geführt hatte. Die Darstellung der Krankheitserreger im Schnitt gelang am besten nach Unna's Methode der Färbung mit polychromem Methylenblau und Differenzirung mit Tanninsäurefuchsin.

IV. Herr **Rumpel: Ueber Variola und Streptococceninfection.**

R. beschreibt eine von ihm vor Kurzem beobachtete, sich auf 4 Fälle beschränkende Aufeinanderfolge interessanter Krankheitsformen, die er nachträglich als Variolainfectionen anspricht.

Der Ausgangspunkt ist ein Patient N., der am 8. December in Alexandrien ein nach Marseille fahrendes Schiff besteigt. Dort trifft er am 13. December ein. Unter leichtem Fieber und gestörtem Allgemeinbefinden zeigt sich auf Stirn und im Gesicht ein röthlicher, fleckiger Ausschlag. Am 14. December verbreitet sich unter allgemeinem Schweiss der Ausschlag auf den ganzen Körper. Ein hinzugezogener Arzt vermag keine bestimmte Diagnose zu stellen. Auf der Rückreise grosse Prostration, die nach der am 18. Dec. erfolgten Rückkunft nach Hamburg bald verschwindet. Am 19. Dec. wird noch ein papulöses Exanthem am ganzen Körper mit Schuppenbildung und zwischen den Papeln stellenweise Petechien constatirt; keine Drüsenschwellung. Am gleichen Tage Zusammenkommen mit dem späteren Fall M. — 10 Tage nach der Ankunft des N. erkrankt am 29. Dec. seine Gattin mit Erbrechen und Uebelkeit. Am 30. Dec. Gesicht geröthet, Rücken- und Wadenschmerzen. Am 1. Januar scharlachähnliche Röthung über Stirn, Rumpf und Hals. Am 2. Jan. Athemnoth, Petechien über Brust, Rücken und Extremitäten, die unter dem Auge rasch an Grösse zunehmen, so dass schliesslich die ganze Haut und Schleimhaut blauschwarz verfärbt ist, 200 ccm rein blutiger Urin. In agone die einzige Temperatursteigerung bis 38°. Exitus letalis. Bei der Section finden sich sämmtliche seröse Häute mit Blutungen bedeckt und in sämmtlichen Organen Streptococcen in Reincultur; kein Milztumor, keine Parenchymdegeneration der Intestina. Mittels Projectionsapparates demonstrirt R. die von diesem Falle gewonnenen Mikrophotogramme.

Am 4. Jan. treten bei der Tochter dieser beiden Patienten Durchfälle auf, am 7. Jan. beginnt mit allgemeinem Krankheitsgefühl eine Temperatursteigerung auf 40°, am folgenden Tag fällt die Temperatur auf 39°. Kreuzschmerzen. Am 9. Jan. erscheint unter Absinken der Temperatur zur Norm ein scharlachähnlicher Ausschlag, der sich am folgenden Tage in einen Variola-Ausschlag mit serösem Pustelinhalt verwandelt. Am 11. Jan. Hautjucken, Pockenangina; Urinverhaltung, Pusteln. — Der 4. Fall betrifft den Patienten M., welcher nach viertägigen Prodromi, die in Unwohlsein, Frost, Kopf- und Kreuzschmerzen, Ohnmachtsanfällen bestanden, am 6. Januar mit einer Pockeneruption im Gesicht und an den Extremitäten erkrankte. Der in's Krankenhaus aufgenommene Patient fieberte bis 38,5°; die Temperatur fiel in den nächsten Tagen mit der beginnenden Dellenbildung zur Norm. Am 6. Jan. konnte somit erst der Zusammenhang der Fälle untereinander, wie er im Vorstehenden skizzirt ist, erkannt und die richtige Diagnose gestellt werden. Mit Rücksicht auf den Streptococcenbefund in dem letal verlaufenen Falle wurden in den letzten beiden Fällen täglich Blutuntersuchungen angestellt. Im Fall M. wurden nur am 2. Tage nach dem Ausbruch des Variolaexanthems 2 Streptococcenkeime gefunden, die aber wohl auf eine Secundärinfection aus den bereits eitrig gewordenen Pusteln zu beziehen sind. — Im 3. Fall constatirte während des Exanthems die culturelle Prüfung eine Reincultur von Streptococcen im Stuhl, während Blut und Pustelinhalt steril waren.

Der bemerkenswertheste Fall dieser Epidemie ist der mit Hautblutungen verlaufende Fall von Purpura variolosa, der vor Ausbruch des Exanthems im Prodromalstadium letal endigt, merkwürdig wegen des afebrilen Verlaufes, da hohes Fieber sonst das Cardinalsymptom der Prodromi ist. Rumpel fasst die Erkrankung so auf, dass die Symbiose der Pockenerreger mit den Streptococcen die Schwere des Krankheitsbildes verursacht. Die Streptococceninfection ist in diesen Fällen nicht secundär, sondern es handelt sich primär um eine Mischinfection. R. meint, dass der Begriff „Schwere der Infection" vielleicht auch in anderen Infectionskrankheiten: Pestis siderans, Cholera sicca, schwere Masern- und Scharlachfälle u. s. w. durch eine ähnliche verhängnissvolle und gefährliche Symbiose erklärt werden könne.

Weitere Versuche, die aus dem Stuhl gezüchteten Streptococcen als besondere Art zu differenziren und die mit demselben vorgenommenen Impfversuche an Kälbern haben bisher zu keinem Ergebniss geführt. Werner.

Biologische Abtheilung des ärztlichen Vereins Hamburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 19. December 1899.

Vorsitzender: Herr Sick. Schriftführer: Herr Henkel.

Demonstrationen.

Herr Hueter demonstrirt das **Herz** eines halbjährigen Kindes, das sich zuerst nach der Geburt in regelmässiger Weise entwickelt hatte und vor einigen Wochen erkrankt war. Die physikalische Untersuchung des Thorax stellte fest, dass das Herz nach beiden Seiten stark vergrössert war, der Spitzenstoss befand sich ungefähr in der Medianlinie, auscultatorisch konnten keinerlei Abnormitäten bemerkt werden. Auf der Röntgenplatte sah man einen Schatten im Thoraxraum, der denselben nahezu ganz anfüllte und besonders so weit nach rechts herüberragte, dass er von der seitlichen Thoraxwand nur etwa fingerbreit entfernt war. Der Schatten entsprach in seinen Contouren ungefähr dem eines vergrösserten Herzens. Wegen des Hinüberragens nach der rechten Seite wurde an eine Verlagerung des Herzens, eine Dextrocardie gedacht. Bemerkenswerth ist, dass die Herzdämpfung des Kindes ganz verschwand oder erheblich kleiner wurde, wenn es bei aufrechter Körperhaltung untersucht wurde. Der Tod trat unter Erscheinungen von Herzinsufficienz ein.

Bei der Section fanden sich Oedeme, Hydrothorax, der Thorax stark vorgewölbt, das Sternum verbogen, mit der Convexität nach aussen, rachitischer Rosenkranz, Stauungsleber, in den Lungen Collapspartien. Die Spitze des Herzens nach links gerichtet, wird ausschliesslich vom rechten Ventrikel gebildet. Dieser von kolossalen Dimensionen, übertrifft den linken so sehr an Volumen, dass dieser nur als ein kleiner Appendix des rechten erscheint. Der rechte Ventrikel ist mächtig hypertrophisch, die Höhle erweitert, am Con. art. pulm. schwielige Verdickungen des Endocards. Der linke Ventrikel entspricht in seinen Dimensionen ungefähr dem Alter des Kindes; die Musculatur nicht verdickt, die Höhle nicht erweitert. Die Klappen zart und frei von Verwachsungen. Entsprechend der Hypertrophie des rechten Ventrikels ist die Art. pulm. mächtig entwickelt, so dass die Aorta ihr gegenüber klein erscheint. Das Foramen ovale ist offen, der Duct. Botalli für eine feine Sonde durchgängig.

Demnach handelt es sich um eine congenitale Hypertrophie des rechten Herzens, für die es nicht gelingt, eine genügende Erklärung zu geben, und welche wahrscheinlich intra vitam erheblich zugenommen hat. Dafür würde die während des Lebens beobachtete Vorwölbung des ganzen Thorax und des Sternums sprechen.

Herr Simmonds glaubt, dass das Wesentliche des vorgestellten Falles in einer angeborenen Verengerung des Zugangs zur Aorta durch eine Wulstbildung am Septum liege. Die Aorta sei auffallend eng, die Pulmonalis dagegen sehr weit und nur der rechte Ventrikel, der offenbar einen Theil der Arbeit des linken übernommen hatte (durch den offenen Ductus Botalli), enorm hypertrophisch.

Herr Hueter legt ein durch die Section gewonnenes Präparat eines **Kehlkopfs** vor. Derselbe stammt von einem 49 jährigen Mann, der im Altonaer Krankenhaus an einer Mitralendocarditis und ihren Folgeerscheinungen gestorben ist. Anamnestisch ist hervorzuheben, dass er angab, Zeit seines Lebens heiser gewesen zu sein. Bei der laryngoskopischen Untersuchung fand sich an Stelle des Kehlkopfbildes ein rundes Loch, von der Glottis selbst war nicht das Geringste zu sehen.

Betrachtet man den Kehlkopf von oben, so sieht man, dass die Epiglottis wohlgebildet ist. Denkt man sich den hinten aufgeschnittenen Kehlkopf zusammengelegt und sieht von oben hinein, so sieht man nichts wie ein rundes Loch, von der Glottis, den wahren und falschen Stimmbändern ist nichts zu sehen. Es zeigt sich dabei, dass der Einblick in das Kehlkopfinnere durch einen an der Basis der Epiglottis vorspringenden Wulst verhüllt wird.

Er ist von Schleimhaut überzogen und bildet mit der Basis der Epiglottis einen tief eingezogenen, sich trichterförmig verengernden Blindsack, es gelingt nicht, von hier aus in das Kehlkopfinnere zu gelangen. Betrachtet man den Kehlkopf von unten, so sieht man zunächst der Trachea, etwa in der Höhe des oberen Randes der Cart. cricoidea, die wahren Stimmbänder als 2 dicke Wülste hervortreten, sie sind auffällig dicker und kürzer, als wie in der Norm. Unmittelbar darüber, von ihnen nur durch eine seichte Furche beiderseits getrennt, bemerkt man 2 dünne, mit scharfen Rändern versehene Membranen ausgespannt, welche offenbar die rudimentär entwickelten Taschenbänder darstellen. Die hintere und untere Begrenzung des oben erwähnten, den Kehlkopf durchziehenden Wulstes wird von einer scharfrandigen Schleimhautfalte gebildet, welche dicht über dem rechten Taschenband sich mit diesem kreuzt und mit dem linken einen schmalen Spalt begrenzt, welcher in schiefer Richtung von rechts vorn nach links hinten verläuft. Durch diesen Spalt sieht man in einen tiefen, buchtigen Hohlraum, der nach oben von dem den Kehlkopf durchziehenden Diaphragma begrenzt wird, in ihm erscheint die Schleimhaut eigenthümlich gewulstet. Die Kehlknopfknorpel und das Zungenbein sind normal gebildet.

Es findet sich somit ein Diaphragma im Kehlkopf, und zwar an der Basis der Epiglottis, welches den vorderen Theil des Larynxeinganges verschliesst und nur den hinteren freilässt. Die Anamnese, der anatomische Befund, insbesondere das Fehlen jeder Narbenbildung deutet darauf hin, dass es sich um eine congenitale Anomalie handelt. Diese ist vielleicht so zu erklären, dass im frühen Foetalleben zu der epithelialen Verklebung der primären Glottisanlage, welche von den Arytaenoidwülsten dargestellt wird, eine Entzündung hinzugetreten ist, welche eine abnorme Verwachsung im vorderen Abschnitt der Arytaenoidwülste bedingt hat.

Herr Frieben demonstrirte an einigen Präparaten 2 verschiedene Arten des **Kehlkopfcarcinoms**, wie sie am häufigsten zur Beobachtung gelangen: Die primäre und die aus der Nachbarschaft des Kehlkopfs auf diesen übergreifende Krebsgeschwulst. In den beiden Präparaten der ersten Art waren beide Stimmbänder Sitz des Carcinoms, im einen Falle zunächst das rechte, im anderen das linke erkrankt und die Geschwulst erst per continuitatem auf das Stimmband der anderen Seite übergegangen. Die Schleimhaut des Kehlkopfes zeigte in einem der Präparate Röthung und Auflockerung, Symptome des Katarrhs, welche sich nach längerem Bestehen der Geschwulst hinzugesellen.

Ausser durch Metastasen in den regionären Lymphknoten, welche relativ häufig angetroffen werden, zeichnete sich dieser Fall durch ganz ausserordentlich zahlreiche und voluminöse Metastasen in Milz und Leber aus; letztere, von oberflächlich und tief gelegenen Krebsknoten bis zu Apfelgrösse durchsetzt, besass nur noch schmale, auf der Schnittfläche netzförmig verbundene Streifen normalen, functionsfähigen Parenchyms. Eine so gewaltige metastatische Ausbreitung eines Kehlkopfcarcinoms, das im vorliegenden Falle von auffälliger Kleinheit war, gehört zu den selteneren Ereignissen. Von welcher Bedeutung jedoch in prognostischer Hinsicht der Nachweis von Metastasenbildung ist, leuchtet ein, sobald eine operative Entfernung der Geschwulst resp. des Kehlkopfes in Frage kommt. Im vorliegenden Falle wurde die Totalexstirpation des Larynx versucht, der Patient starb aber auf dem Operationstische durch Blutaspiration in die Lungen, man kann wohl sagen zu seinem Glücke, da bei der durch die Section erwiesenen Ausbreitung des Carcinoms keine Möglichkeit der Heilung bestehen konnte.

Das 3. Präparat demonstrirte das Uebergreifen eines Carcinoms im Sinus pyriform. dextr. auf Epiglottis und rechtes wahres und falsches Stimmband. Starker Katarrh der Schleimhaut; Oedem der linken Plica arytaenoidea. Metastasen fanden sich trotz der Grösse des primären Herdes in keinem Organe. Bei Lebzeiten des Trägers hatte dieses Carcinom für ein primäres Stimmbandcarcinom mit Uebergang auf die Rachenwand gegolten; und es ist bemerkenswerth, dass manche Carcinome in der Nachbarschaft des Kehlkopfes erst durch Uebergreifen auf diesen sich störend bemerkbar machen und dann leicht als primäre Kehlkopfgeschwülste angesprochen werden können.

Vortrag des Herrn **Lochte: Die Erkrankungen der oberen Luftwege im secundären Stadium der Syphilis.**

Im Wesentlichen statistische Arbeit, die sich zum Referat nicht eignet. (Der Vortrag erscheint demnächst in extenso an anderem Orte.)

Medicinisch-naturwissenschaftl. Gesellschaft zu Jena.

Section für Heilkunde.
(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 7. December 1899.

1. Herr **Wagenmann: Ueber einen Fall von Glassplitterverletzung des Auges.**

Herr Wagenmann stellte einen Patienten vor, dem er einen Glassplitter aus der vorderen Augenkammer mit gutem Erfolg extrahirt hatte.

Am 11. November 1899 war dem 28 Jahre alten Glasbläser W. durch Zerspringen einer Thermometerkugel ein Glassplitter in's linke Auge geflogen. Wegen Abnahme des Sehens und Schmerzen suchte der Patient sofort einen Arzt auf, der ihn mit kühlen Umschlägen und Tropfen behandelte, dann aber wegen fortbestehenden Reizzustandes der Klinik überwies.

Bei der Aufnahme fand sich am linken Auge neben Lidoedem starkes Thränenträufeln, Lichtscheu und mässige Ciliarinjection. Gegenüber dem unteren äusseren Pupillarrand fand sich eine 4 mm lange, etwas schräg von innen unten nach oben aussen verlaufende lineare Hornhautnarbe, mit der in der ganzen Ausdehnung der Pupillarrand der Iris adhaerirte. Die Pupille war offenbar durch unvollkommene Atropinwirkung mittelweit, durch die Adhaerenz unregelmässig gestaltet und bei Tageslicht schwarz. Der untere Theil der vorderen Kammer erschien seicht, der obere ziemlich normal tief.

Bei focaler Beleuchtung sah man in der vorderen Kammer ein die Pupille fast verdeckendes viereckiges, nahezu quadratisches Glasstück von 4 mm Seitenlänge, das mit seinem unteren Rand fest an der Hinterfläche der Hornhautnarbe und der vorderen Synechie haftete und mit seinen Seitenrändern den Pupillarrand soeben deckte, während der obere Rand den oberen Pupillarrand nicht ganz erreichte. Der Glassplitter lag der unverletzten Linsencapsel direct auf. Man erkennt die vollkommen durchsichtigen Splitter nur bei seitlicher Beleuchtung durch unregelmässige Lichtreflexe.

Bei der Untersuchung mit dem Augenspiegel erschien der obere Rand des Glassplitters in der roth leuchtenden Pupille als ein schwarzer feiner Strich durch totale Reflexion des aus dem Auge zurückgeworfenen Lichts. Oberhalb des Splitters erschien die Pupille normal roth, durch den Splitter erhielt man ebenfalls rothen Reflex, der aber etwas abgeschwächt war. Man konnte die Pupille und den Augenhintergrund ganz gut sehen, sowohl durch den oberen freien Theil der Pupille als auch durch den Glassplitter hindurch, der das Bild nur etwas verschwommen und verzerrt erscheinen liess. Die Papille war geröthet und die Netzhautvenen waren stark ausgedehnt.

Die Hornhaut erschien bis auf die feine Narbe vollkommen klar, von Exsudation von Seiten der Iris war nichts zu sehen, das Kammerwasser vollkommen ungetrübt. Das Sehvermögen betrug nur — 1 D $^5/_{25}$. Das andere Auge war normal.

Durch Atropin erweiterte sich die Pupille, soweit sie folgen konnte, fast maximal; der Splitter lag nun vollständig im Bereich der Pupille. Die Mydriasis ging wegen Irishyperaemie spontan schon nach 1 Tag vollkommen zurück. Durch Eserineinträufelung liess sich die Pupille beträchtlich verengern. Dabei wurde der Glassplitter aufgerichtet, der obere Rand berührte nicht mehr die Linse, sondern war deutlich cornealwärts gedrängt und berührte fast die Hinterfläche der Hornhaut. Die untere Kante war wie früher fest an die Narbe gelehnt.

Die Operation wurde am 27. November in Cocainanaesthesie und unter Eserinwirkung so ausgeführt, dass zunächst ein grosser Lappenschnitt ganz innerhalb des Hornhautgewebes nach oben und unten mit dem keilförmigen Beer'schen Messer angelegt wurde, der in den beiden Schnittwinkeln durch je einen Scheerenschlag noch etwas verlängert wurde, so dass der gesammte Schnitt die halbe Hornhaut circumferenz einnahm. Die Spitze des Lappens wurde mit einer in der linken Hand geführten feinen Hakenpincette gefasst, und der Lappen liess sich ohne Weiteres soweit aufheben, dass der obere Theil des Splitters frei zu Tage lag; nun wurde mit einer in der rechten Hand geführten feingerieften Pincette der freiliegende Splitter gefasst und ohne jede Mühe entfernt. Der Lappen wurde zurückgeklappt und legte sich vollkommen gut an. Damit war die Operation ohne jede Complication beendet.

Schon am nächsten Tage war die Kammer leidlich gut hergestellt, nur zeigte sich die Irisperipherie an einer circumscripten Stelle mit der Hinterfläche der Wunde verklebt, aber nicht vorgefallen.

Am 30. November konnte der Patient zuerst wieder aufstehen. Die Heilung verlief weiterhin vollkommen befriedigend. Das Auge ist zur Zeit blass, nur bei längerer Berührung und Prüfung noch etwas empfindlich. Die Operationsnarbe tritt als eine ausserordentlich feine graue Linie hervor, die kleine Adhaerenz mit der Irisperipherie ist unbedeutend. Das Auge hat bereits heute bei einer vorläufigen Sehprüfung mit concav 2 D eine Sehschärfe von $^5/_{15}$; es steht zu erwarten, dass bei einer späteren genaueren Prüfung auch mit Cylindergläsern noch bessere Sehschärfe gefunden wird.

Der fast quadratische Glassplitter von 4 mm Seitenlänge und ca. 1 mm Dicke war vollkommen aseptisch in das Auge eingedrungen und ohne jede Mitverletzung der Linse in der vorderen Kammer stecken geblieben. Bei seiner Grösse und Lage im Bereich der Pupille ist es als ein besonderes Glück zu bezeichnen, dass die Linsenkapsel unverletzt blieb. Der vorhandene Reizzustand ist als ein mechanischer Effect der Verletzung anzusehen.

Zur Entstehung von chronischer Entzündung, die bei monatelangem Verweilen von Glassplittern in der vorderen Augenkammer nicht ausbleibt, wie die Versuche Leber's am Kaninchenauge und ein vom Vortragenden im 40. Band des v. Gräfe'schen Archivs beschriebener Fall zeigten, war die Zeit viel zu kurz.

2. Herr **Ziehen: Ein Fall von chronischer circumscripter Pachymeningitis interna des Brustmarkes.**

Herr Ziehen stellt einen 28jährigen, weder hereditär noch durch Syphilis oder chronische Intoxication belasteten Mann vor, welcher im August 1894 eine epidemische Meningitis durchgemacht hat und jetzt seit December 1898 über zunehmende Paraesthesien im rechten Bein und zunehmende rasche Ermüdung des letzteren klagt. Die Untersuchung ergibt Fussklonus rechts, Babinski'sches Phänomen rechts, leichte allgemeine Parese des rechten Beines, leichte Atrophie ($1^1/_2$ cm im Vergleich zu links.), intacte elektrische Erregbarkeit, unbestimmt abgegrenzt, an der Grosszehenseite stärker ausgesprochene Hypaesthesie (namentlich für Berührung), erhebliche Störung des Muskelgefühls (in sehr geringem Grade auch links), Romberg'sches Schwanken; Venen des Augenhintergrundes ausgedehnt und geschlängelt, Papillarrand scharf, Sehschärfe, Gesichtsfeld normal. Das rechte Bein fühlt sich kühler an als das linke. Seit der Meningitis öfters Schwindelanfälle und Kopfschmerz. Bei Zukneifen des linken Auges starkes Sausen im Hinterkopf. Sonst keinerlei Symptome. Vortragender nimmt eine chronische, circumscripte Pachymeningitis interna im Brustmark rechts an, wie sie mehrere Jahre nach einer epidemischen Meningitis z. B. auch von Hobhouse beschrieben worden ist. Jodnatrium scheint günstig zu wirken.

Herr **Grober: Zur Chemie der Spinalflüssigkeit.**
(Erscheint in extenso in dieser Wochenschrift.)

Medicinische Gesellschaft zu Magdeburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 7. December 1899.

Vorsitzender: Herr Sendler.

Vor der Tagesordnung demonstrirt Herr **Schreiber** einen Patienten mit **Exophthalmus pulsans.**

Sodann spricht Herr **P. Schneider: Zur Aetiologie und Therapie der Ablatio retinae.**

Die Frage nach der Aetiologie einer Ablatio retinae ist nicht nur theoretisch-wissenschaftlich, sondern auch praktisch-therapeutisch wichtig. Zwei Meinungen stehen sich hierbei schroff gegenüber, die Secretions- und die Retractionstheorie. Erstere nimmt als Ursache eine primäre Exsudation aus den Chorioidealgefässen an, beruhend auf einer Chorioiditis; die letztere sieht in einer Erkrankung des Glaskörpers die Ur-

sache der Ablatio. Zuerst vertrat H. Müller diese Idee, später wurde sie von Leber unter Hinzufügung neuer Details verallgemeinert. Nach Letzterem erkrankt der Glaskörper und in diesem zusammengeballten Glaskörper bilden sich feinwellige Fibrillen, die mit der Netzhaut in Zusammenhang stehen; dann schrumpft das Corpus vitreum, und diese Bindegewebsstränge ziehen die Retina von ihrer Unterlage, der Choroidea ab; die Retina reisst ein und ein vom Glaskörper abgesondertes Transsudat dringt durch den Riss in den subretinalen Raum.

Schneider polemisirt sodann gegen die Leber'sche Retractionstheorie und hält die Secretionstheorie für diejenige Anschauung, welche die Mehrzahl der Fälle von Ablatio retinae ätiologisch zu erklären fähig ist. — Die gegen die Retractionstheorie sprechenden Momente sind ausser anderen folgende: Das Vorhandensein von Fibrillen im Glaskörper ist nicht immer zu constatiren, wozu kommt, dass auch normale Augen, die in Müller'scher Flüssigkeit gehärtet sind, derartige Fasern zeigen. Dann erfordert die Leber'sche Theorie unbedingt einen Riss in der Retina, der häufig vermisst wird; andererseits spricht auch ein vorhandener Riss nicht gegen die Secretionstheorie, da er ja auch durch den Druck des Chorioidealexsudats herbeigeführt sein könnte. Drittens müsste die prae- und die subretinale Flüssigkeit gleichartig sein, wogegen Schneider mehrere Beispiele anführt; so einen von Schmidt-Rimpler beschriebenen Fall, den Schn. selbst zu beobachten Gelegenheit hatte, wo sich in der subretinalen Flüssigkeit ophthalmoskopisch sichtbare Cholestearinkrystalle nachweisen liessen, während der Glaskörper frei davon war. Dann sind häufig genug Fälle zu beobachten, wo sich Eiter unter der abgelösten Netzhaut zeigt, während der Glaskörper klar bleibt. Speciell sprechen gegen die Retractionstheorie diejenigen Fälle von Ablatio, die nach Contusio bulbi, bei Anaemie und bei Retinitis albuminurica auftreten. Den Einwurf, dass doch stets bei eintretender Ablatio eine Vermehrung der Spannung im Auge eintreten müsse, — die häufig genug vermisst wird — erklärt Schneider dadurch, dass er auf die vorzüglichen regulatorischen Einrichtungen im Auge hinweist, die dasselbe befähigen, sich prompt derartigen Flüssigkeitsansammlungen in seinem Innern anzupassen. — Der Vortragende geht sodann zur Besprechung der Therapie über und schildert zuerst die von Schober erdachte Einspritzung von Jodtinctur in den Glaskörper, welche Methode später von ihrem Erfinder selbst aufgegeben wurde. Sodann unterzieht Schneider die Deutschmann'schen Versuche einer längeren Kritik. Der erste Versuch D.'s durch Zerschneiden der hypothetischen Glaskörperstränge die Ablatio zu heilen, blieb erfolglos, so dass Deutschmann dazu überging, durch Einspritzen von Kaninchenglaskörper — entweder mit physiologischer Kochsalzlösung verdünnt oder unverdünnt — in den menschlichen Glaskörper die Ablatio therapeutisch anzugreifen. Trotz der von Deutschmann publicirten Resultate sind die meisten Ophthalmologen wieder von diesem Verfahren abgekommen, da es zu gefährlich für das Auge ist. — Dann bespricht der Vortragende die Methoden, welche auf Grund der Secretionstheorie erdacht sind. Zuerst die de Wecker'sche Drainage des subretinalen Raumes vermittels eines Golddrahtes. Dann die zumeist angewandten Methoden des Druckverbandes, der Horizontallage, die Schwitzcuren und die Mercurialisation. Von operativen Methoden redet Schneider wiederholt ausgeführten Skleralpunctionen das Wort. Schliesslich bespricht er die Dor'sche Methode Heurteloup'scher Blutegel, Application von Cauterien auf die Conjunctiva an der Stelle der Ablatio und subconjunctivale Chlornatriumeinspritzungen; auch diese Methode leistet, soweit eben die Ablatio noch Gegenstand der Therapie sein kann, Zufriedenstellendes.

Zum Schluss zeigt Schneider einige zum Vortrage gehörige pathologisch-anatomische Präparate: 1. ein Melanosarkoma chorioideae das zu einer Ablatio retinae geführt hat; 2. einen Horizontalschnitt durch ein Auge, das eine totale Ablatio zeigt, so dass die Retina nur noch an der Ora serrata und an der Sehnervenpapille mit ihrer Unterlage in Zusammenhang steht. 3. eine partielle Ablatio, an der die Faltenbildung der abgelösten Retina demonstrirt wird.

Sitzung vom 21. December 1899.

Vorsitzender: Herr Hirsch.

Herr **Brandt** berichtet über seine Resultate der Therapie der **Syphilis mit Quecksilberinjectionen.**

Vortragender hat bei 1902 Injectionen und 184 Patienten nur eine Lungenembolie und ein grösseres Infiltrat an der Injectionsstelle erlebt. Von anderen geringeren Störungen hat er nur kurzdauernde Enteritiden, erheblichere Stomatitiden aber gar nicht erlebt Unter den 36 bekannten Quecksilberpräparaten hat Br. nur 5 angewendet. Hg salicyl. 1547 Injectionen. Hg thymolo-aceticum 21, Kalomel 17, Ol. ciner. 88, Sublimat (die Müller-Stern'sche Lösung) 229 Injectionen. Vortragender ist mit dem Salicyl-Quecksilber sehr zufrieden. Gleiche Erfolge und zufriedenstellende Leistungen mit Hg salicyl. sind aus der Bonner dermatol. Klinik berichtet von Grouver.

Im Anschlus an den Vortrag stellt Br. einen Patienten vor, der eine Lues maligna durchgemacht hat. Die linksseitig von einem Gumma fast zerstörte Nase ist von Habs plastisch gedeckt und zur Heilung gebracht.

Nürnberger medicinische Gesellschaft und Poliklinik.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 7. December 1899.

Herr **Mock** berichtet unter Vorlage einer Reihe von Röntgenbildern über die Diagnose eines **Eisensplitters im Augeninnern** mittels Röntgenstrahlen und die **Entfernung mit dem Hirschberg'schen Elektromagneten.** Der Vortrag wird in extenso in dieser Wochenschrift erscheinen.

Herr **Heinlein**: 1. **Demonstrationen.**

Derselbe legt ein etwa gänseeigrosses **cavernöses Angiom** vor, welches vor einigen Wochen aus dem l. Oberarm eines 46 jähr. Büttners entfernt worden war. Dasselbe hatte sich innerhalb 4 Jahren zu der jetzigen Grösse entwickelt, hatte in den letzten Monaten — durch Druck auf den benachbarten N. radialis — heftige Schmerzen verursacht und den Träger zur Einwilligung in den Vorschlag operativer Beseitigung bestimmt. Die Neubildung erweckt durch ihre seltene Localisation besonderes Interesse: es handelt sich um eine weichelastische Geschwulst mit subfascialem Sitz oberhalb der Aussenseite des linken Ellbogengelenkes, nach vorn von dem M. brachio-radialis und aufwärts davon dem Lig. intermusculare ext., nach hinten von dem radialen Rand des M. triceps, nach abwärts von dem Epicondylus ext. begrenzt. Nach Anlegung der Esmarch'schen Binde war die Geschwulst etwa um die Hälfte der Fläche noch verkleinert, so dass die Annahme, es handle sich um eine Gefässneubildung, an Sicherheit gewinnen musste. Die Exstirpation war durch den innigen Zusammenhang der Geschwulst mit ihrer Umgebung und durch zahlreiche, schmale, zwischen die Muskelbündel, namentlich des Triceps, mehr weniger weithin sich erstreckende Fortsätze technisch sehr erschwert; nirgends gelang stumpfe Ausschälung, durchweg musste die Isolirung mit dem Messer erfolgen, so dass das Präparat fast allerwärts mit dünnsten Muskellamellen bedeckt erscheint. Die Wundheilung erfolgte nach 14 Tagen p. prim. reun., die Armfunction ist tadellos. Es ist nicht ausgeschlossen, dass für die ursächliche Entstehung der Geschwulst die mit starker Erschütterung des Armes verbundene Berufsarbeit des Trägers verantwortlich gemacht werden darf. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich sehr reichliche Gefässneubildung, dazwischen reichlich Bindegewebe und verkümmerte Muskelelemente. Schliesslich mag noch auf die grosse Seltenheit subfascialer intermusculärer Cavernome hingewiesen werden; speciell für die im geschilderten Fall betroffene Körpergegend konnte in der Literatur ein gleiches Beispiel nicht aufgefunden werden.

Ferner theilt H. die Krankengeschichte eines 10 jährigen Knaben mit, welchem wegen tuberculöser Caries ein 3 cm langes Stück aus der Continuität der linken 9. Rippe in der hinteren Axillarlinie resecirt worden war. Im weiteren Wundheilungsverlauf blieb eine Anfangs wenig, später stärker absondernde Fistel zurück, welcher Umstand nach 5 Monaten zu wiederholtem Eingriff Veranlassung gab. Bei dem letzteren nun stellte es sich heraus, dass das resecirte Rippenstück einer völligen knöchernen Regeneration theilhaftig geworden war, mit absoluter Wiederherstellung der Continuität, dass aber in der Gegend der vorderen Resectionsfläche sich ein Recidiv entwickelt hatte, welches auf die erwähnte Knochenneubildung übergriff und dort eine wahre rareficirende Ostitis in dem nach Resection neu gebildeten Knochen hervorgerufen hatte. Der Eingriff war von völliger Heilung gefolgt. Das sehr interessante Rippenpräparat wird vorgelegt.

2. Operation wegen **Pylorusstenose.** Herr H. berichtet die Krankheits- und Operationsgeschichte eines 23 jährigen Schreiners, welcher schon früher wiederholt an gastrischen Beschwerden gelitten, seit 6 Wochen wegen heftiger Magenschmerzen und häufigen Erbrechens arbeitsunfähig, seit 3 Wochen anhaltend bettlägerig und nunmehr in Folge der Persistenz dieser Erscheinungen sehr heruntergekommen war, zudem eine in der letzten Zeit hinzugetretene wahre Tetanie der oberen Gliedmassen den Schlaf wesentlich beeinträchtigte. Beträchtliche Druckempfindlichkeit der Pylorusgegend machte im Zusammenhang mit den erwähnten Symptomen die Annahme eines Ulcus sehr wahrscheinlich; das erst nach 2½ Stunden bei der Prüfung eingetretene positive Ergebniss der Fleischer'schen Jodoformprobe legte den Gedanken an eine Pylorusstenose nahe. Da eine 5 Tage hindurch mit Nährklysmen angestrebte völlige Ruhe des Magens in Verbindung mit andauernder Cataplasmirung der Magengegend keinen anhaltenden Erfolg zeitigte, albald nach den ersten Versuchen der Darreichung von Milch diese abermals wieder erbrochen wurde und die bedeutende Abmagerung des Patienten ernste Besorgnisse wachrief, wurde Bauchschnitt beschlossen. Bei der Operation fand sich der Magen nicht stark ausgedehnt, der Pylorus derb, wenig nach aufwärts verzogen, über denselben ziehen vom Lig. hepato-duodenale nach

dem Lig. gastro-colic. zahlreiche sehnige Fäden (Perigastritis). Von aussen konnte bei der Betastung des übrigen Magens nichts für Ulcus Charakteristisches durchgefühlt werden, auch zeigte die bedeckende Serosa keine Verfärbung. Nach Einschnitt nahe dem Pylorusring vermochte der Kleinfinger nur mit der Spitze einzudringen, ein fast fünfpfennigstückgrosser Abschnitt der vorderen Wand desselben fühlte sich wesentlich derber an, als die übrige Circumferenz, bei der nun folgenden Prüfung der Resistenz stellte sich dieselbe nachgiebiger heraus, so dass nach wiederholten in Pausen vorgenommenen Versuchen zunächst der Kleinfinger, in der Folge Zeige- und Mittelfinger den Pylorusring bequem passirten. Gefühlt konnte ein Schleimhautdefect an der kritischen Stelle nicht werden, wie auch in den folgenden Minuten, während welcher die Magenhöhle noch offen gehalten wurde, man jegliche Blutung vermisste; es dürfte sich also wohl um narbige Vorgänge, besonders in Submucosa und Muscularis, gehandelt haben. Schluss der Magen- und Bauchschnittwunde. Fieberloser, glatter Verlauf. 24 stündige absolute Diät, dann Diätvorschriften, 4 Wochen hindurch, wie bei Ulcus; nach weiteren 4 Wochen Aufnahme der Berufsarbeit; seitdem ungetrübte Gesundheit mit bedeutender Gewichtszunahme, nun 6 Monate anhaltend. Alsbald nach dem Eingriff waren Erbrechen und Schmerzen niemals mehr in Erscheinung getreten, das complicirende Nervenleiden verlor sich, in seinen schweren Symptomen stetig abnehmend, innerhalb 4—5 Wochen.

Epikritisch bemerkt H. zu dem hier mit bestem Erfolg geübten Verfahren Loreta's, welches von seinem Urheber 1883 empfohlen in der Folge nur vereinzelt mit Erfolg geübt wurde, mehrfach jedoch in seiner praktischen Verwerthbarkeit abfällige Beurtheilung erfahren hat, dass er aus dem in der geschilderten Beobachtung erzielten günstigen Erfolg durchaus nicht die Verpflichtung ableiten möchte, der erwähnten Methode sich bei jeder narbigen Pylorusenge zu bedienen; dieselbe schien hier in ihrer Anwendung nur mit Rücksicht auf die besonderen anatomischen, dem relativ kurzen Bestand des schweren Leidens entsprechenden Verhältnisse an der Stenosirung — die nicht zu grosse Derbheit der narbigen Verdichtung, geringere Vulnerabilität der Mucosa — zulässig. In den weitaus meisten Fällen dürften lediglich Heineke's Pyloroplastik mit der Gastroenterostomie zur Hebung schwerer Stenosen concurriren.

Verein deutscher Aerzte in Prag.

(Eigener Bericht.)

In der Sitzung vom 17. November 1899 besprach Herr **Wilhelm Fischel** unter Vorlegung der bei der Operation gewonnenen Präparate einen Fall von **Tubargravidität**, der mit Sactosalpinx purulenta der anderen Seite complicirt war.

Bemerkenswerth war in der Krankengeschichte, dass bei der ersten Untersuchung der im Collapse nach Ruptur der schwangeren Tube befindlichen Patientin etwas Fieber und ein linksseitiger daumendicker Tumor, sowie eine Vergrösserung des Uterus vorgefunden wurde, die derjenigen einer gleichalterigen intrauterinen Schwangerschaft entsprach. Nach kritischer Besprechung dieser drei ungewöhnlichen Befunde kommt Vortrag. zu dem Schlusse, dass die Sactosalpinx purulenta und die Metritis ganz frische Processe gewesen, die wahrscheinlich auf Infection des Uterus bei intrauterinen Manipulationen zum Zwecke der Fruchtabtreibung zurückzuführen sind.

Der Fall endete nach 5 Wochen, nachdem noch eine Eröffnung des Douglas hatte gemacht werden müssen und nachdem noch eine Eiterentleerung durch die Coeliotomienarbe stattgefunden, in vollständiger Genesung.

Herr Fischel bespricht weiters die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen solchen Fällen und etwaigen Fällen von acut septischer Perforationsperitonitis, z. B. bei Appendicitis, wofür er ebenfalls ein Beispiel aus seiner Erfahrung beibringt.

Herr **Hirsch** spricht hierauf **über den nicht pigmentirten Naevus der Augapfelbindehaut.** (Mit Demonstration mikroskopischer Präparate.)

H. exstirpirte ein 5—6 mm breites, 2—2½ mm dickes, sulzig durchscheinendes, röthlich-graues Geschwülstchen vom Limbus conjunctivae corneae des Auges einer 17jährigen Patientin, das seit 8 Jahren sicher bestand (möglicher Weise seit der Geburt) und sehr allmählich wuchs. Klinisch imponirte es als Sarkom, erwies sich aber mikroskopisch (die Schnitte werden demonstrirt) in seinem Aufbau und in den Elementen — epitheloide Zellen mit grossen Kernen, dicht aneinander gereiht, in kugeligen Zellbalken angeordnet — vollkommen übereinstimmend mit dem bekannten Bilde des weichen Naevus der Haut und auch mit der von Wintersteiner gegebenen Beschreibung des pigmentirten Naevus der Bindehaut bis auf das Pigment, das hier vollständig fehlt. H. schliesst: „Der Naevus ist ein wohl charakterisirtes Gebilde sui generis, der, wo immer er sich im Körper vorfindet, als solcher unter dem Mikroskope immer erkannt werden und dessen epithelogener Ursprung mit ziemlicher Sicherheit erschlossen werden kann aus

1. der Beschaffenheit der Geschwulstgewebselemente;
2. aus ihrer Anordnung;
3. aus dem Standorte des Gebildes, d. h. jene die Geschwulst ausmachenden, charakteristischen kugeligen Zellhaufen liegen stets auf, resp. in demjenigen Bindegewebe, dem das Oberflächenepithel unmittelbar aufsitzt. Noch nie ist ein Naevus beschrieben worden (ob der Haut oder einer anderen Stelle), der in tieferem oder anderem als dem subepithelialen Bindegewebe seinen Sitz hätte."

Die Specificität, welche dem Wachsthumstypus des Naevus als solchem innewohnt, erhellt übrigens auch schon daraus, dass die aus ihm hervorgegangenen bösartigen Geschwülste auch wieder, wie Unna und Wälsch gezeigt haben, alle diese für den Naevus geltenden Charaktere des histologischen Aufbaues zeigen.

Wiener Briefe.

(Eigener Bericht.)

Wien, 17. Februar 1900.

Zur Lehre von der Enteroptose. — Die sogen. „pericarditische Pseudolebercirrhose". — Diabetes und Akromegalie.

In der Gesellschaft der Aerzte sprach jüngst Docent Dr. Karl A. Herzfeld über Enteroptose. Die Verlagerung der Eingeweide betrifft hauptsächlich das weibliche Geschlecht, verursacht grosse Beschwerden und wurde merkwürdiger Weise bisher von ärztlicher Seite nur in geringem Maasse gewürdigt. Das Symptomenbild der Enteroptose besteht vornehmlich in Verdauungsstörungen, die sowohl den Magen (Appetitlosigkeit, aber auch lästiges Hungergefühl, verbunden mit Schmerzen nach jeder Nahrungsaufnahme, Aufstossen, Drücken etc.), als auch den Darm betreffen (Obstipation, plötzliche Diarrhoen, Gasbildung, Anwachsen des Abdomens, Gefühl des Vollseins) und mit heftigen Schmerzen, Arbeits- und Bewegungsverlust, Athembeschwerden, Herzklopfen, bei längerer Dauer mit Störungen in der Blutcirculation, Schwindel, Kopfschmerzen, zahlreichen nervösen Symptomen verbunden sind und rapide Abmagerung herbeiführen können.

Im Weiteren erörtert der Vortragende die Erklärung, welche Glénard für diesen Symptomencomplex gegeben und bemüht sich, diesen in anderer Weise zu begründen. Der Hauptgrund für die Erhaltung der Organe der Bauchhöhle in ihrem gegenseitigen Situs ist der stets vorhandene intraabdominale Druck resp. der von oben ausgehende und nach abwärts gerichtete Druck (Thorax, Schwere der Leber) und dessen Paralysirung durch den nach aufwärts gerichteten Gegendruck von Seite des Darms, der wieder abhängig ist vom Füllungszustand und Gasgehalt, sowie von den durch die begrenzte Entfaltungslänge der Mesenterien und dem Widerstand der Bauchhöhlenwandungen dargestellten Factoren. Eine Vermehrung des Druckes von oben (Corset, Mieder) oder eine Verminderung des aufwärts gerichteten Gegendruckes, ein Nachlassen der Spannung der Bauchdecken oder des musculösen Beckenbodens können die Disposition zu Lageveränderungen schaffen. Insbesondere geschieht dies durch die Schwangerschaft und das Wochenbett, wenn die im Puerperium vor sich gehende Involution der durch sie gesetzten Veränderungen (Erweiterung des Bauchhöhlenraums, Verrückung seiner Grenzen, Lageveränderungen der Bauchhöhlenorgane) durch übermässige Inanspruchnahme der noch zu weiten und zu schlaffen Bauchdecken oder unzweckmässige Vermehrung des Druckes von oben etc. gestört wird.

Aber auch alle anderen Ursachen, die einer starken Auffüllung des Abdomens und Ausdehnung der Bauchdecken eine rasche Entleerung der Bauchhöhle folgen lassen, ebenso wie alle jene Krankheitsprocesse, welche den Tonus der Bauchdecken- und der Beckenbodenmusculatur verringern (Hydrops, Cysten etc.), können die Enteroptose veranlassen. Die normale Resistenz des Beckenbodens wieder, die ja Blase und Uterus in ihrer normalen Lage erhält und daher von bedeutendem Einflusse auf den Intraabdominaldruck ist, wird ebenfalls vornehmlich durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verringert (Zerreissungen am Damm, Störung der Involution des Perineums durch übermässige Anstrengung und Belastung, Druck des kindlichen Schädels).

Wird durch diese oder noch andere Ursachen der Beckenboden schlaff, so sinkt der intraabdominale Druck, der Raum der Bauchhöhle vergrössert sich, es erfolgt ein Herabsinken der Organe des Hypochondriums, die wieder ihre Nachbarorgane nach sich ziehen — endlich folgt, in Folge Ausdehnung der Därme, eine Atonie und trägere Peristaltik derselben mit den naturgemässen Folgeerscheinungen. Häufig tritt nun auch die von Glénard für die primäre Veranlassung der Enteroptose gehaltene Lockerung der Fixation an der Flexura coli-hepatica ein, wozu abnormale Peritonealverhältnisse, welche Redner eingehend bespricht, beitragen können.

Hervorheben möchte Vortragender noch die bisher ganz unberücksichtigt gebliebene Erweiterung des Blutgefässsystems im

Bereiche der Bauchhöhlenorgane und die damit verbundene Hyperaemie und Störung der Blutcirculation: scheinbare Zunahme der Anaemie, stärkere Menstrualblutungen etc.

In therapeutischer Hinsicht sind indicirt die Stützapparate, die aber nur den mangelnden Tonus der Bauchwandung ersetzen und nicht etwa die forcirte Lageveränderung einzelner Organe bezwecken sollen. H. lässt zu diesem Zwecke Bruchbinden anfertigen, die behufs besserer Fixation rechts und links mit kleinen Hosen versehen und stets in horizontaler Lage anzulegen sind. Die Binden müssen genau passend angefertigt werden. Bei bestehender Erschlaffung des Beckenbodens ist bei Defecten die Perineoplastik, bei einfacher Erschlaffung eine Stützung durch Pessare und Kräftigung durch Gymnastik (Widerstandsbewegungen, Brandt'sche Lüftung des Uterus) am Platze. Zur Wiederherstellung des normalen Tonus ist aber ausserdem eine genaue diätetische Therapie (Mastcuren) nothwendig. Von Nutzen sind auch Bäder, sowie die Anwendung der Elektricität.

Viel wichtiger aber ist die Prophylaxe, speciell in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett (gut adaptirte Bauchbinden in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, sowie durch 4 Monate nach dem Verlassen des Bettes, möglichste Schonung sowie eine rationelle Ernährung).

Im Medicinischen Club sprach Dr. Eisenmenger über die sogen. „pericarditische Pseudolebercirrhose", welchen Namen Friedr. Pick für einen Symptomencomplex vorgeschlagen hat, dem eine klinisch-latente, chronische oder adhaesive Pericarditis zu Grunde liegt. Es besteht hiebei ein Ascites, welchen Pick damit erklärt, dass als Folge der Stauungen in der Leber Bindegewebswucherungen und -schrumpfungen entstehen, die ihrerseits Stauungen im Pfortadergebiete zur Folge haben. Diesem Symptomencomplex eine besondere systematische Stellung zu geben, geht nicht an, was der Vortragende ausführlich erörtert. Die Ursache, wesshalb es bei chronischer Pericarditis relativ häufig zu praevalirendem Ascites kommt, ist in verschiedenen, mehr minder häufigen Complicationen derselben zu suchen. In 2 von den 3 Fällen Pick's lag ihr eine Säufercirrhose zu Grunde. Oder es handelt sich um chronische peritonitische Veränderungen, zumal um solche, welche in der Nähe der Porta hepatis localisirt sind. Oder um eine Fortsetzung des Ergänzungsprocesses längs der Vena cava in die Leber hinein, oder um eine Knickung der Vena cava durch ein gleichzeitig bestehendes pleuritisches Exsudat, oder um Compression, Knickung oder Verziehung der Vena cava ascend. durch die schrumpfenden pericardialen und extrapericardialen Entzündungsproducte, innerhalb welcher das Gefäss einen relativ langen Weg zurückzulegen hat. Endlich ist noch hervorzuheben, dass das Symptomenbild bei jüngeren Individuen vorkommt, die überhaupt weniger zu Transsudationsprocessen im Gebiete der paarigen Venensysteme disponirt sind.

Dr. Wilh. Schlesinger stellte 2 Fälle vor, welche einen Zusammenhang zwischen Diabetes und Akromegalie documentiren sollen. Ein dritter Fall wird besprochen. Diabetes und Akromegalie wurden häufig zusammen angetroffen. In allen Fällen ist die Akromegalie früher eingetreten, was darauf zu deuten scheint, dass der Diabetes eine Folgeerscheinung derselben ist.

In der Discussion bestätigte Dr. M. Sternberg diese Anschauung und wies darauf hin, dass der bei Akromegalie vorkommende Diabetes die verschiedensten Grade von der alimentären Glykosurie bis zu den schwersten Formen und verschiedene Abweichungen von dem gewöhnlichen Bilde (sprunghaften Verlauf, spontanes Verschwinden) zeige, ferner kommen dabei auch Polyurie und Polydipsie ohne Glykosurie vor. Viele Fälle scheinen dabei von Pankreaserkrankungen abzuhängen.

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie.

XXIX. Congress in Berlin.

Der XXIX. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 18. bis 21. April in Berlin statt.

Die Begrüssung der zum Congress sich versammelnden Mitglieder geschieht am Dienstag, den 17. April, Abends von 8 Uhr ab im Hôtel de Rome (Charlottenstrasse No. 44/45).

Die Eröffnung des Congresses findet Mittwoch, den 18. April, Vormittags 10 Uhr im Langenbeckhause statt. Während der Dauer des Congresses werden daselbst Morgensitzungen von 10 bis 1 Uhr und Nachmittagssitzungen von 2 bis 4 Uhr gehalten.

Am ersten Sitzungstage (Mittwoch, den 18. April) findet um 10 Uhr Abends eine einstündige Demonstration von Projectionsbildern aus Diapositiven statt. Meldungen dazu sind an Herrn Joachimsthal, Berlin W., Markgrafenstr. 81, und Immelmann, Berlin W., Lützowstr. 72, zu richten.

Von auswärts kommende Kranke können im Kgl. Klinikum (Berlin N., Ziegelstr. 5—9) Aufnahme finden. Präparate, Bandagen, Instrumente etc. sind an Herrn Anders in's Langenbeckhaus (Ziegelstrasse 10/11) mit Angabe ihrer Bestimmung zu senden.

Eine Ausstellung von Röntgenphotographien findet nicht statt.

Ankündigungen von Vorträgen und Demonstrationen bitte ich zeitig und wenn irgend möglich spätestens bis zum 17. März an meine Adresse, (v. Bergmann, Berlin NW., Alexanderufer 1) gelangen zu lassen.

Eine Ausstellung von chirurgischen Instrumenten und Apparaten, sowie Gegenständen der Krankenpflege, ist in Aussicht genommen.

Die Sitzungen werden mit nachstehenden Vorträgen eröffnet werden:

Mittwoch, den 18. April. Herr Czerny-Heidelberg: Die Behandlung inoperabler Krebse. Herr Krönlein-Zürich: Darm- und Mastdarmcarcinom und die Resultate ihrer operativen Behandlung. Herr Rehn-Frankfurt a. M.: Die Verbesserungen in der Technik der Mastdarm-Amputation und -Resection.

Donnerstag, den 19. April. Herr Israel-Berlin: Ueber Operationen bei Nieren- und Uretersteinen.

Freitag, den 20. April: Herr v. Angerer-München: Ueber Operationen wegen Unterleibscontusionen. Herr v. Bergmann-Riga: Ueber Darmausschaltungen beim Volvulus und dessen Diagnose. Herr Credé-Dresden: Die Vereinfachung der Gastro- und Enterostomie.

Sonnabend, den 21. April. Herr Lexer-Berlin: Ueber teratoide Geschwülste in der Bauchhöhle und deren Operation.

Verschiedenes.

Sitzgelegenheit für das Ladenpersonal.

Mit dem 1. Januar 1900 trat in England durch Parlamentsbeschluss folgendes Gesetz in Kraft:

„In allen Läden und Verkaufsräumen, in welchen weibliche Personen angestellt sind, hat der Geschäftsinhaber für entsprechende Sitzgelegenheit seiner Angestellten zu sorgen, und zwar soll in jedem Raum für je 3 Personen mindestens ein Sitz vorhanden sein.

Zuwiderhandlungen werden mit einer Strafe von 20—60 Mark, im Wiederholungsfalle bis zu 100 Mark belegt."

Diese Verordnung ist das Resultat der seit Jahren unermüdlich wirkenden Thätigkeit der „Association for cruelty to women" und als ein wesentlicher Schritt zur Verbesserung der Lage des weiblichen Ladenpersonales zu betrachten.

Aehnliche Bestrebungen sind auch hier längst im Gange, die Ortskrankencasse für das kaufmännische Personal hat schon wiederholt die Principale auf die gesundheitsschädlichen Folgen des langen Stehens insbesondere für das weibliche Personal, aufmerksam und dieselben sogar für event. daraus resultirende Krankheiten verantwortlich gemacht. Aber eine stricte Durchführung dieser hygienisch vollauf begründeten Maassregel scheitert noch immer an dem sich meist in passiver Weise kundgebenden Widerstande einzelner Firmen. Eine Fassung dieser vom gesundheitlichen, wie vom allgemein menschlichen Standpunkt gleich berechtigten Forderung in Form eines Gesetzparagraphen oder einer polizeilichen Vorschrift wäre daher dringend zu wünschen. F. L.

Zum Capitel der Gefälligkeitsatteste theilt Görtz-Mainz mehrere sehr bezeichnende Beispiele mit (Monatsschr. f. Unfallheilk. 11, 99). Das wunderbarste derselben ist ein Zeugniss, in dem ein Arzt bescheinigt, dass der 9 Jahre nach einer Beinamputation eingetretene Tod durch eine von dem Amputationsstumpf ausgegangene Fettembolie (!) des Gehirns verursacht worden sei. Kr.

Therapeutische Notizen.

Das von Edinger zuerst dargestellte Chinolin-Wismuth-Rhodanat ist in der Joseph'schen Poliklinik mit Erfolg bei Unterschenkelgeschwüren verwendet worden. Das Mittel stellt ein rothgelbes Pulver dar, in Wasser, Alkohol und Aether unlöslich.

Steiner (Therap. Monatsh. 1, 1900) empfiehlt dasselbe zweimal täglich in geringer Menge aufzustreuen und die Wunde mit einem leichten Deckverbande zu schliessen. Bei tiefgehenden Geschwüren wird es zweckmässig mit gleichen Theilen Amylum verdünnt.

Das Mittel führt im Handel den Namen Crurin. Der Name ist sehr schön. Geht es so weiter, so haben wir bald ein Pedin, ein Strumin, vielleicht auch ein Appendicin. Kr.

Alkohol als Gegengift der Carbolsäure. Anlässlich mehrerer Mittheilungen von Carbolsäurevergiftungen macht das Journal of the Am. med. Ass., 12. August 1899 neuerdings auf die von Phelps beobachtete und untersuchte Wirkung des Alkohols als Gegengift der Carbolsäure aufmerksam. Nach dessen Angaben wirkt die unmittelbar folgende Anwendung des Alkohols

nicht nur bei Aetzungen der Haut und offener Wundhöhlen in der Weise, dass Eiterherde ohne jede schädliche Folgewirkung mit concentrirter Carbolsäure ausgespritzt und die Hände mit 95 proc. Lösung gewaschen werden konnten, sondern es wird auch das Verschlucken von Carbolsäure durch sofortiges Trinken von Alkohol paralysirt. F. L.

Habituelle Obstipation. Im Journ. of the Am. Assoc. vom 13. Juli wird eine alte, früher viel gebrauchte Latwerge zum Gebrauch bei habitueller Stuhlverstopfung der unverdienten Vergessenheit entrissen mit der treffenden Bemerkung, dass nicht alles was gut ist, neu zu sein braucht. Die Formel lautet folgendermaassen:

Rp. Sulfur. praecip.
Tartar. depurat. āā 10,0
Folia sennae 5,0
Pulv. Cardamom. 0,15
Syr. rhamn. cathart. 9,5
M. f. Electuarium.
D. S. Morgens und Abends ein Kaffeelöffel. F. L.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 20. Februar 1900.

— In Dresden besteht z. Z. ein Conflikt zwischen dem ärztlichen Bezirksverein und der Eisenbahn-Betriebskrankencasse, der desshalb ein weitergehendes Interesse besitzt, weil er von Neuem zeigt, dass die staatliche Organisation des ärztlichen Standes völlig versagt, wenn sie als Mittel zur Verbesserung der materiellen Stellung der Aerzte den Krankencassen gegenüber dienen soll. Der genannte Bezirksverein hatte, kurz gesagt, gewisse Veränderungen in der Organisation der financiell sehr gut situirten Casse und der mit den Aerzten abgeschlossenen Verträge zum Anlass genommen, eine Erhöhung des ärztlichen Honorars zu verlangen und er hatte daher den Mitgliedern des Vereins auf Grund des § 15 der Standesordnung den Abschluss des von der Casse vorgelegten Vertrages untersagt. Hiergegen erhob die Casse Einspruch bei der Kreishauptmannschaft. Diese hat nun gegen den ärztlichen Bezirksverein entschieden, indem sie ausführt, § 15 der Standesordnung bezwecke nur, zu verhindern, dass einzelne Aerzte Vereinbarungen eingehen, welche der Stellung eines Arztes unwürdig seien. Davon sei aber in dem gegenwärtigen Falle keine Rede. Ob die in den Verträgen ausgeworfenen Honorarsätze im Verhältniss zu den ärztlichen Bemühungen zu niedrig seien, könne dahingestellt bleiben, es genüge, dass sie nicht so niedrig seien, dass es für die betreffenden Aerzte standesunwürdig sei, auf sie einzugehen. Die Auslegung, welche der Bezirksverein dem § 15 seiner Standesordnung gebe, führe zu Verstössen gegen die Gewerbeordnung, nach welcher die Bezahlung der approbirten Aerzte der freien Vereinbarung der Betheiligten überlassen sei. Gegen diesen Entscheid hat der Bezirksverein Berufung beim k. Ministerium des Innern eingelegt. Inzwischen aber haben die Dresdener Cassenärzte sich auch unabhängig von dem Beschluss des ärztlichen Bezirksvereins geweigert, die Verträge der Bahncasse zu unterzeichnen und die übrigen Dresdener Aerzte haben sich in freier, nicht vom Bezirksverein ausgehender Vereinigung mit ihnen solidarisch erklärt. Es wird also trotz staatlicher Organisation vom freiwilligen Zusammenhalten der Aerzte abhängen, ob in der Angelegenheit ein dauernder Erfolg erzielt wird. Vorerst können die Aerzte mit dem Erreichten zufrieden sein. Denn die Casse hat bis auf Weiteres ihren Mitgliedern die Wahl unter sämmtlichen Dresdener Aerzten freigestellt; die Mitglieder haben die ärztlichen Leistungen, sofern dies verlangt wird, zunächst selbst zu bezahlen und die quittirte Rechnung der Dienststelle vorzulegen, worauf die Erstattung des Betrages von der Casse veranlasst wird.

— Wie schon in vor. Nummer mitgetheilt, hat die medicinische Facultät der Universität München den Staatsminister Freiherrn v. Fellitzsch, unter dessen verdienstvoller Förderung in der langen Zeit seiner Amtsführung das bayerische Medicinalwesen zu so hoher Blüthe sich entwickelte, dass die bayerischen Einrichtungen vielfach als mustergiltig im Deutschen Reiche gelten können, zum Doctor medicinae honoris causa ernannt. Das dem Minister feierlich überreichte Diplom fasst die Verdienste desselben um das Medicinalwesen und um den ärztlichen Stand in folgenden Worten zusammen: „Qui institutionibus legibusque ut ad artis medicae rationes accommodatissimis ita ad publicam sanitatem saluberrimis medicorum maximeque publicorum ordinis utilitatibus insignem operam industriam curam impertivit."

— Pest. Japan. Vom 19.—26. December v. J. sind 20 weitere Fälle von Pest in Japan festgestellt worden, von welchen 17 bis zum 28. December tödtlich verlaufen waren. Von den Krankheitsfällen kamen 7 auf Kobe, 12 auf Osaka und 1 auf Hamaniatsu, eine an der Bahn von Osaka nach Yokohama gelegene Provincialstadt. Seit Ausbruch der Pest in Japan sind damit bis jetzt 46 Fälle amtlich festgestellt worden, von denen 39 einen tödtlichen Ausgang genommen haben. Die japanischen Behörden treffen umfangreiche Vorbeugungsmaassregeln gegen die Pest. — Brasilien. In Sao Paulo ist in der Woche vom 9.—15. Januar nur noch 1 Fall von Pest festgestellt worden. — Sandwichinsel. Vom 26. December v. J. bis zum 4. Januar d. J. sind in Honolulu 10 neue Pestfälle bei 9 Chinesen und 1 Japaner beobachtet; vom 4. bis zum 8. Januar waren keine Fälle weiter vorgekommen. Die Gesundheitsbehörde hat angefangen, die verseuchten Stadttheile theilweise niederzubrennen. V. d. K. G.-A.

— In der 5. Jahreswoche, vom 28. Januar bis 3. Februar 1900, hatten von deutschen Städten über 40 000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Danzig mit 45,4, die geringste Remscheid mit 6,8 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Darmstadt; an Scharlach in Elberfeld; an Diphtherie und Croup in Plauen.

— Nachdem der von Billings begründete „Index medicus" zu erscheinen aufgehört hat, werden von verschiedenen Seiten Versuche gemacht, das für genauere Literaturstudien unentbehrliche Unternehmen fortzusetzen. So erscheint seit vorigem Jahr in Wien ein „Index medicus novus", der jedoch nicht annähernd die Vollständigkeit aufweist, wie sein Vorbild, was bei einem Jahrespreis von 16 M. nicht Wunder nehmen kann. Und jetzt erhalten wir die Mittheilung, dass von diesem Monat an in Paris ein ähnliches Unternehmen in's Leben treten soll unter dem Titel „Bibliographia medica". Dasselbe wird von Marcel Baudonin herausgegeben werden und verspricht vollständiger zu werden, denn es soll in Monatsheften von je 80 Seiten erscheinen und jährlich mindestens 50 000 Literaturnachweise bringen. Der Preis wird 50 Frcs., für das Ausland 60 Frcs. betragen. Bei dieser Gelegenheit wollen wir eines von Dr. Flamm in Paris gemachten Vorschlages Erwähnung thun, der die Schaffung von nationalen Bibliographien anregt. Diese müssten auf Kosten der medicinischen Gesellschaften, der Facultäten und des ganzen ärztlichen Standes der verschiedenen Länder herausgegeben werden. Flamm glaubt, dass nur auf diesem Wege wirkliche Vollständigkeit, die auch dem Billings'schen Index abgegangen sei, erzielt werden könne; er wünscht, dass auf dem internationalen medicinischen Congress in Paris ein gemeinsames Vorgehen zum Zwecke der Schaffung solcher Bibliographien angebahnt werden möge.

(Hochschulnachrichten.)

Würzburg. Professor v. Michel hat einen Ruf als Nachfolger Schweigger's nach Berlin erhalten. Derselbe ist dorthin abgereist, um mit dem Cultusminister Verhandlungen zu pflegen und das Institut zu besichtigen. — Der von dem verstorbenen kgl. Universitätsprofessor Geheimrath Dr. F. Rinecker gestiftete Preis für hervorragende wissenschaftliche Leistungen wurde dem Physiologen Johannes v. Kries in Freiburg i. B. zuerkannt. Der Preis besteht aus 1000 M. und einer silbernen Medaille.

(Todesfälle.)

Dr. Oscar Widmann, a. o. Professor der medicinischen Pathologie zu Lemberg.

Dr. A. E. Hoadley, Professor der orthopädischen Chirurgie am College of Physicians and Surgeons zu Chicago.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Abschied bewilligt: Dem Stabsarzt Dr. Joseph Entres von der Reserve (Weiden).

Befördert: Zu Assistenzärzten in der Reserve die Unterärzte Dr. Alois Endres (Ingolstadt), Leonhard Hauck (Erlangen), Philipp Stoll (I. München), Karl Knöll (Gunzenhausen), Peter Reiss (Würzburg), Dr. Maximilian Maier (II. München), Baptist Noder, Dr. Arnold Vidal, Felix Miodowski, Dr. Salomon Neuberg, Julius Vogel, William Wolfson und Dr. Adolf Fleischmann (I. München), Julius Herbst (Nürnberg); in der Landwehr I. Aufgebots der Unterarzt Emil Schickendantz (Kaiserslautern).

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 5. Jahreswoche vom 4. bis 11. Februar 1900.

Betheil. Aerzte 287. — Brechdurchfall 8 (14*), Diphtherie, Croup 14 (21), Erysipelas 14 (7), Intermittens, Neuralgia interm. 1 (3), Kindbettfieber — (—), Meningitis cerebrospin — (—), Morbilli 578 (427), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 2 (5), Parotitis epidem. 4 (13), Pneumonia crouposa 24 (40), Pyaemie, Septikaemie — (1), Rheumatismus art. ac. 29 (35), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 5 (7), Tussis convulsiva 15 (15), Typhus abdominalis 3 (2), Varicellen 9 (12), Variola, Variolois — (—). Summa 706 (602).

Kgl. Bezirksarzt Dr. Müller.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 5. Jahreswoche vom 4. bis 11. Februar 1900.

Bevölkerungszahl: 463 000.

Todesursachen: Masern 30 (24*), Scharlach — (—), Diphtherie und Croup 1 (1), Rothlauf — (1), Kindbettfieber — (—), Blutvergiftung (Pyaemie) — (1), Brechdurchfall 2 (3), Unterleibstyphus — (1), Keuchhusten 1 (3), Croupöse Lungenentzündung 3 (8), Tuberculose a) der Lungen 24 (28), b) der übrigen Organe 7 (7), Acuter Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 24 (37), Unglücksfälle 1 (5), Selbstmord — (3), Tod durch fremde Hand — (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 285 (312), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 32,0 (35,0), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 22,3 (26,3).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's Buch- und Kunstdruckerei A.G., München.